



CATOLICA
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

**PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES
BRÔNQUICAS NA PESSOA ADULTA VENTILADA**

**BRONCHIC SECRETION ASPIRATION PROCEDURE IN
THE ADULT VENTILATED PERSON**

Por: Dora Maria Coelho Ladislau

Lisboa, 2019



CATOLICA
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

PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS NA PESSOA ADULTA VENTILADA

Por: Dora Maria Coelho Ladislau

Sob orientação de: Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2019

*A ti Pai, dedico este trabalho.
És e continuas a ser a minha referência, pelos ensinamentos que sempre me transmitiste,
por acreditares e confiares sempre em mim e pela força que sempre me deste.
Tenho muito orgulho e admiração por ti!
Sei que a cada instante olhas por mim e serás
sempre uma estrela a brilhar,
a mais forte de todas, pela tua energia e pelo teu SER!*

“Age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio.”

Immanuel Kant

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato, pela orientação científica e atenta condução durante o percurso formativo.

À Professora Doutora Manuela Madureira pela coordenação deste mestrado e pela disponibilidade sempre presente.

À Professora Doutora Isabel Rabiais por todo o apoio e disponibilidade ao longo deste percurso.

À Enfermeira Fátima Gonçalves pela orientação, disponibilidade e forma de estar na enfermagem, que sempre me motivou.

À Colega do Mestrado Liliana Pinto pela partilha, disponibilidade e incentivo constante.

À Mãe pelos valores transmitidos e porque sempre acreditou em mim.

Ao Henrique pelo seu apoio, compreensão e dedicação.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem como objetivo analisar de forma crítica e reflexiva, o processo de desenvolvimento e aquisição de competências para a obtenção do título de enfermeiro especialista e em simultâneo o grau de mestre.

Para o desenvolvimento de competências especializadas realizei o estágio em três contextos clínicos durante o percurso formativo. No decurso do estágio, tive um tema transversal – A aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, tendo efetuado uma *Scoping Review* sobre esta temática. A aspiração de secreções brônquicas em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva é um dos cuidados de Enfermagem considerado complexo e invasivo, que requer uma avaliação prévia sobre a sua necessidade, uma vez que, pode causar danos à Pessoa. Para tal, torna-se premente que o enfermeiro tenha conhecimento baseado em evidência científica sobre este procedimento de modo a realizá-lo de forma segura e eficaz e com o mínimo risco possível para a Pessoa, sujeito de cuidados.

Este relatório engloba dois momentos de estágio, correspondentes à unidade curricular – “Estágio final e Relatório”: um no serviço de urgência central e outro no bloco operatório central.

No serviço de urgência central, desenvolvi competências na Pessoa em situação de urgência e emergência, tendo como enfoque o respeito pela identidade da Pessoa humana. Em simultâneo, desenvolvi e adquiri competências no sentido de promover as boas práticas no âmbito do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa em situação crítica.

No bloco operatório central, desenvolvi competências nas quatro áreas funcionais do enfermeiro perioperatório. Por outro lado, tive oportunidade de partilhar o meu conhecimento na equipa multidisciplinar, em especial com os enfermeiros de anestesia e os anestesiológicos sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas, fundamentado na evidência científica.

Saliento ainda para o desenvolvimento de competências especializadas, a minha experiência pessoal e profissional, assim como, o estágio realizado na unidade de cuidados intensivos polivalente, da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”.

Ao longo deste percurso formativo, considero ter adquirido competências nas vertentes técnica, científica, ética e relacional, na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Aspiração de Secreções Brônquicas, Competências Especializadas, Enfermagem Avançada, Prática Baseada na Evidência; Pessoa Adulta Ventilada.

ABSTRAT

The present report is part of the Master's Degree in Nursing, pertaining specifically to the Specialization in Medical-Surgical Nursing. It aims to critically, and reflectively, analyze the skills' development and acquisition process required to obtain the title of specialist nurse and, simultaneously, the degree of master.

To achieve the development of specialized competencies within my academic training, I carried out the mandatory internship in three clinical contexts. During the internship, I maintained a transversal theme — the aspiration of bronchial secretions in the ventilated adult —, having conducted a Scoping Review on that topic. The aspiration of bronchial secretions in patients submitted to invasive mechanical ventilation is considered a complex and invasive element of Nursing care, requiring a prior assessment of its necessity, since it can cause harm to the Person. Therefore, it is urgent that nurses acquire evidence-based scientific knowledge regarding this procedure, in order to perform it in a safe and effective manner, with minimum risk to the Person who is being subjected to care.

This report includes two internship stages, both integrated in the “Internship and Final Report” curricular unit. One of those stages took place in the central emergency service, while the other took place in the central operating room.

In the central emergency service, I developed various skills directed towards the Person experiencing an urgency/emergency, always focusing on the respect for the Person's identity. At the same time, I developed and acquired several competencies that contribute to the promotion of good practices regarding the aspiration of bronchial secretions in the critically ill Person.

At the central operating room, I developed skills within the four functional areas of perioperative nursing. On the other hand, I had the opportunity to share my evidence-based scientific knowledge about bronchial secretions aspiration with the remaining members of the multidisciplinary team, especially with anesthesia nurses and anesthesiologists.

Additionally, I would like to stress the importance of other elements to the development of specialized competencies — my personal and professional experience, as well as an internship at a multipurpose intensive care unit, integrated in the following subject: “The Person in a Critical Situation and Family — Monitoring and Clinical Decision”.

Throughout my academic training, I believe to have acquired technical, scientific, ethical and relational skills, with respect to the provision of specialized Medical-Surgical Nursing care to the critically ill Person.

Keywords: Aspiration of Bronchial Secretions, Specialized Skills, Advanced Nursing, Evidence-Based Practice; Ventilated Adult.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AARC – American Association of Respiratory Care
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BOC - Bloco Operatório Central
CHL – Centro Hospitalar de Lisboa
EE – Enfermeiro Especialista
EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EORNA – European Operating Room Nurses Association
ERC – European Resuscitation Council
Et al – E outros
 F_iO_2 – Fração Inspirada de Oxigénio
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
Nº - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
p. – Página
PEEP – Pressão Positiva Expiratória Final
PSC – Pessoa em Situação Crítica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
SUC – Serviço de Urgência Central
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral
VVS – Via Verde Sepsis
VVT – Via Verde Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1. A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS NA PESSOA ADULTA VENTILADA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – SCOPING REVIEW	24
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS	36
2.1. Experiência Pessoal e Profissional	36
2.2. Serviço de Urgência Central	38
2.3. Bloco Operatório Central	61
2.4. Avaliação Global dos Estágios e Implicações para a Prática Profissional..	73
3. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNCICES	88
APÊNDICE I – <i>Comunicação Livre apresentada na 1.^{as} Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz: “A aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos – Protocolo de Scoping Review”</i>	
ANEXOS	100
ANEXO I – <i>Certificado de Participação na Comissão Organizadora do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”</i>	

ANEXO II – Certificado de Presença no I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

ANEXO III – Certificado de Presença nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ANEXO IV – Certificado de Realização de uma Comunicação Livre nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz: “A aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos – Protocolo de Scoping Review”

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Este relatório tem por base uma metodologia reflexiva, sendo também ele um instrumento de aprendizagem central e integrador, onde se revêem e se organizam todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, analisando a forma como cada uma contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista (EE) com EEMC à PSC.

A PSC, segundo o Anexo II do Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 429/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República (p.19362) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Neste sentido, este relatório tem como objetivos, por um lado, espelhar as aprendizagens, as atividades e as competências que desenvolvi e adquiri, no âmbito das competências de EE com EEMC na PSC, por outro lado, refletir sobre o percurso efetuado, assim como, a respetiva tradução na minha prática profissional.

No sentido de desenvolver as competências especializadas, foram selecionados determinados contextos clínicos para a realização dos estágios, que serão abordados posteriormente, e onde a adequação dos cuidados especializados às necessidades de saúde da Pessoa favoreceu a aprendizagem, a aquisição e a consolidação do perfil de EE com EEMC.

Apesar dos contextos clínicos serem distintos, as intervenções especializadas de EMC englobam as mesmas competências, que ao longo do percurso em estágio foram desenvolvidas, mobilizadas e fundamentadas de acordo com as necessidades de saúde da

Pessoa e respetiva família. A formação em Enfermagem baseada em competências assume-se cada vez mais como o novo paradigma da aprendizagem, na centralidade da nova lógica das organizações. Tal como refere Rabiais (2016, p.38) “como a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão”. Segundo Nunes (2011, p.73), “a competência é um processo e não um estado, que se verifica na ação, superando o domínio do conhecimento, de habilidades ou de técnicas. Isto é, não se resume ao conjunto de saberes, mas antes na mobilização desses mesmos saberes/recursos durante a ação”. Associada, está a noção de padrões de competência, holísticos, referentes às ações intencionais do profissional, que tem em conta a variedade dos contextos em que opera, bem como o conjunto de tarefas e atributos. De acordo com Nunes (2011, p.75), “reconhece-se que o caminho da competência é o aperfeiçoamento profissional, que é simultaneamente um valor universal da prática e um dever, de análise regular da prática e de atualização contínua”.

O EE é um especialista que domina a teoria, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-o e possibilitando uma prestação de cuidados individualizados numa perspetiva holística. Assim, formulei como objetivo questionar a minha prática e aperfeiçoar o saber-ser e saber-fazer, pois é no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, onde se integram os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência, que poderemos alcançar a especialização.

Em Portugal, a Enfermagem encontra-se fortemente regulamentada. O “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros” define concretamente os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros. Segundo Nunes (2017, p. 16), “a bem do rigor, podemos dizer que a enfermagem, em Portugal, (...) se caracteriza por um exercício baseado em qualificações profissionais relevantes, na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente, daqueles que prestam serviços intelectuais e conceituais, no interesse do cliente e do público, cujo modelo de regulação é de autorregulação, desde 21 de abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento nº 122/2011, publicado em Diário da República (p.8648), definiu de forma concisa as competências comuns do EE, afirmando que “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Ainda de acordo com a OE no Regulamento nº 122/2011, publicado em Diário da República (p.8649), “o Enfermeiro Especialista deve desenvolver as suas competências dentro de quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

De acordo com o Regulamento Geral de 2012 alterado em 2017 do Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa – Porto da Universidade Católica Portuguesa, o presente ciclo de estudos permite a aquisição do título de Enfermeiro Especialista e em simultâneo o grau de Mestre. Esta complementaridade, permite em simultâneo o desenvolvimento profissional e académico dos enfermeiros, dando resposta ao cumprimento do estabelecido no artigo 18º do atual Decreto-Lei nº63/2018 de 6 de agosto.

E, no sentido de desenvolver as competências específicas para a EEMC na PSC o instrumento de avaliação da Unidade Curricular (UC) – Estágio Final e Relatório, pressupõe de igual forma, o desenvolvimento de competências, às quais irei fazer referência, ao longo do estágio que realizei, que foi elaborado à luz das competências referenciadas no Regulamento aprovado em 3/1/2018 na Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros.

A UC a que se refere este relatório - “Estágio Final e Relatório” compreende 360 horas de contacto. Esta UC foi desenvolvida em dois momentos – Num Serviço de Urgência Central (SUC) e Num Bloco Operatório Central (BOC), ambos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O estágio no SUC desenvolveu-se no período de 3 de setembro a 25 de outubro de 2018. O estágio no BOC desenvolveu-se no período de 12 de novembro a 13 de janeiro de 2019.

Em cada um dos estágios foi efetuado um projeto que antecedeu a operacionalização dos objetivos delineados. Os objetivos gerais e específicos foram delineados de acordo com a Metodologia de Projeto de Estágio. Deste modo, o foco de enfermagem divergiu de acordo com os diferentes contextos. Assim, enquanto que no SUC o enfoque foi o desenvolvimento no respeito pela identidade da Pessoa humana, no BOC foram as funções do enfermeiro perioperatório. Contudo, o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, onde na UC anterior - “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, efetuei uma *Scoping Review*, foi um tema transversal aos estágios que desenvolvi, tendo sempre por base, respeitar e fazer respeitar a dignidade da PSC.

Esta *Scoping Review* surge no contexto da UC – “A PSC e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, durante o estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

, de um hospital privado de Lisboa. A pertinência desta *Scoping Review* surgiu após ter identificado que o procedimento da aspiração de secreções brônquicas, na Pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), não era realizada de igual forma por todos os profissionais de saúde da unidade, ou seja, este procedimento ainda não estava uniformizado na UCIP. Assim, surgiu a necessidade de saber qual o procedimento adequado de forma a fundamentar a prática baseada na evidência científica. Saliento o facto de ter realizado uma comunicação livre num evento científico sobre esta temática (Apêndice I).

Ao longo deste relatório irei também fazer menção, à minha experiência pessoal e profissional anterior, por considerar ser uma mais valia no desenvolvimento e aquisição de competências como EE com EEMC. Assim, vou relacionar algumas das atividades desenvolvidas com a minha experiência pessoal e profissional, através de conhecimentos e de competências anteriormente adquiridas, cuja utilização e mobilidade considero terem sido essenciais neste percurso formativo.

Segundo Tomey, A. & Alligood, M. (2004, p. 31), “os modelos de enfermagem conceptuais e teóricos são usados para fornecer conhecimentos por forma a melhorar a prática, orientar a investigação e os currículos, e identificar os objetivos da prática de enfermagem”. Neste sentido, selecionei o modelo teórico de conservação de Myra Estrin Levine para a fundamentação científica deste relatório, considerando que a PSC sofre mudanças bruscas na sua totalidade, requerendo uma adaptação favorável para o restabelecimento do seu equilíbrio. Os três principais conceitos do Modelo de Conservação de Myra Estrin Levin são a totalidade, a adaptação e a conservação. A filosofia que alicerça este modelo é o holismo. A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados deve manter a identidade de cada Pessoa, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo ou religião (Tomey, A.& Alligood, M. 2004).

Segundo Tomey, A.& Alligood, M (2004, p. 242), “a pessoa é descrita como um ser holístico; totalidade é integridade. Integridade significa que a pessoa tem liberdade de escolha e de movimento. A pessoa possui sentido de identidade e de auto-estima”.

Saliento o facto de, ao longo deste relatório, sempre que me refiro à Pessoa, está implícito o conceito de Pessoa de acordo com o Modelo Teórico de Conservação de Myra Estrin Levine.

O ambiente é segundo Tomey, A. & Alligood, M (2004, p. 240), “onde estamos constante e ativamente envolvidos”. O que conta é a pessoa e o seu relacionamento com o ambiente”. O ambiente sofre constantes mudanças que requerem a adaptação do indivíduo. De acordo com Tomey, A. & Alligood, M (2004, p. 242), “a saúde é pré-determinada por grupos sociais

e não é apenas uma ausência de condições patológicas” (...) “a saúde também é culturalmente determinada – não é uma entidade isolada, mas uma definição transmitida pelos etos e pelas crenças dos grupos aos quais os indivíduos pertencem”. Segundo Tomey, A. & Alligood, M (2004, p. 242), “a enfermagem é uma interação humana e o objetivo de enfermagem é promover a adaptação e manter a totalidade”.

Para dar resposta aos objetivos que delinee, estruturei o relatório do seguinte modo:

No primeiro capítulo, apresento uma Scoping Review sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada.

No segundo capítulo faço a análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas ao longo dos locais de estágio da UC “Estágio Final e Relatório”. Também faço referência à UC anterior “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, justificada pela pertinência, assim como, da minha experiência pessoal e profissional e as implicações para a minha prática profissional.

Por fim, teço a conclusão e apresento os apêndices e anexos considerados essenciais.

O presente relatório está em consonância com as normas do “Guião para a organização e apresentação de Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem”, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa e a referenciação bibliográfica rege-se pela norma da American Psychological Association (APA), 6ª Edição.

1. A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS NA PESSOA ADULTA VENTILADA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – *SCOPING REVIEW*

Neste capítulo apresento a *Scoping Review* sobre a temática central do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Enquadramento

Atualmente, verifica-se uma preocupação crescente relacionada com os cuidados seguros e de qualidade que correspondem às reais necessidades da PSC.

A intubação endotraqueal e a ventilação mecânica invasiva são recursos amplamente utilizados no tratamento da PSC em UCI com o objetivo de proporcionar a adequada troca gasosa.

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas tem sido o maior desafio e o principal objetivo dos cuidados de Enfermagem à PSC, intubada e submetida a ventilação artificial. Neste sentido, um dos importantes cuidados de enfermagem à PSC é a aspiração endotraqueal. A aspiração endotraqueal é um procedimento imprescindível para a estabilidade da função pulmonar, já que a presença de uma prótese ventilatória interfere na fisiologia da tosse e do sistema muco ciliar, o que pode inviabilizar a adequada depuração de secreções da árvore traqueobrônquica e provocar estase desse conteúdo. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (2011, p. 126) “a aspiração de secreções tem como objetivos manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir a estase de secreções e providenciar a ventilação adequada”.

Existem dois métodos ou sistemas distintos para a execução deste procedimento (aberto e fechado). No primeiro, é necessário a abertura do circuito respiratório desconectando-se o ventilador mecânico da prótese ventilatória, com subsequente aspiração com um cateter de uso único. No segundo, que não necessita da desconexão do ventilador, o cateter de aspiração é de uso múltiplo, podendo permanecer com o sistema cerca de 24 a 48 horas, de acordo com o preconizado pelo fabricante. Cabe ao profissional de saúde, de acordo com a situação

clínica da Pessoa, decidir se efetua a aspiração de secreções brônquicas, da PSC, através de um sistema fechado ou aberto.

Segundo Favretto, D. et al. (2012, p.2) “a aspiração endotraqueal apesar de ser um procedimento necessário, pode ocasionar complicações como lesão na mucosa traqueal, dor, desconforto, infecção, alteração dos parâmetros hemodinâmicos e dos gases arteriais, broncoconstrição, atelectasia, aumento da pressão intracraniana, alterações do fluxo cerebral, entre outros”.

De acordo com Bambi, S. et al (2016, p. 287), “a aspiração endotraqueal pode provocar hipoxemia, broncoespasmo, barotrauma, trauma mecânico direto e instabilidade hemodinâmica”. O adequado manuseamento da via aérea artificial tem impacto direto no prognóstico da PSC, incluindo diminuição da morbimortalidade, do tempo de internamento e consequentemente dos custos hospitalares associados”.

Segundo a American Association of Respiratory Care (2010, p. 758), “a aspiração endotraqueal é um procedimento que visa manter as vias aéreas permeáveis, removendo, de forma mecânica, secreções pulmonares acumuladas, em especial, em pacientes com via aérea artificial”. Assim, recomenda-se que, a aspiração endotraqueal deva ser iniciada em resposta a sinais clínicos e sintomas como desconforto respiratório, presença de secreções no interior do tubo endotraqueal, agitação e diminuição acentuada da saturação pela oximetria de pulso (AARC, 2010).

Por se tratar de um procedimento complexo e invasivo, deve ser efetuada uma avaliação cuidadosa, observando a real necessidade de uma aspiração, visto que pode causar danos no estado geral da PSC. Para tal, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento baseado em evidência científica relacionada com a aspiração endotraqueal, e consequentemente, domínio no procedimento adequado (Favretto, D. et al., 2012).

Neste sentido, o procedimento adequado na aspiração das secreções deve obedecer a algumas recomendações básicas, o que implica também a diminuição na incidência das infecções associadas aos cuidados de saúde. Lavar as mãos antes e depois da aspiração endotraqueal da PSC é outro aspeto a referir. Assim como, o uso de equipamento de proteção individual.

Considerando que a aspiração endotraqueal é um dos procedimentos realizados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) parece-me pertinente uniformizar o procedimento na prática clínica fundamentado na evidência científica e promovendo a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Segundo Manara, D. et al. (2014, p. 340), “a aspiração endotraqueal é um procedimento comum realizado por enfermeiros de terapia intensiva com o objetivo de estabelecer e manter a troca gasosa, oxigenação adequada e ventilação alveolar em pacientes críticos submetidos a ventilação mecânica. Como este procedimento está associado a diversas complicações e riscos, o enfermeiro deve ter um conhecimento adequado de como realizar o procedimento de acordo com a prática baseada em evidência.” A mesma autora acrescenta que, “a falta de conhecimento atualizado sobre a aspiração endotraqueal entre os enfermeiros de unidade de cuidados intensivos pode ser perigosa para os pacientes submetidos a ventilação mecânica”.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Art.º 97.º - Deveres em geral - o enfermeiro tem o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p. 8101).

Tendo em conta todos estes aspetos, e a partir de uma leitura flutuante sobre a temática, emergiram algumas questões relativamente ao procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada. Neste sentido, propus-me desenvolver uma *Scoping Review*, tendo como ponto de partida para o desenvolvimento do estudo, a formulação da questão de investigação de acordo com a mnemónica PICO, como demonstrado na Tabela 1.

Assim, **a questão de investigação** para a presente *Scoping Review* é a seguinte: Qual o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, em contexto de unidade de cuidados intensivos?

Tabela 1. Construção da questão de investigação através da mnemónica PICO.

P (população)	Pessoas adultas ventiladas
I (fenómeno de interesse)	Procedimento de aspiração de secreções brônquicas
C (contexto)	Unidade de cuidados intensivos

Método

O método é o da *Scoping Review* segundo a Joanna Briggs Institute (2015) e tem como objetivo sintetizar evidência sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas, na Pessoa adulta ventilada, em contexto de UCI.

Partindo da questão de investigação formulada, foram definidos os seguintes **critérios de inclusão**:

- Estudos científicos publicados nos últimos oito anos (friso cronológico utilizado - janeiro de 2010 até 6 de julho de 2018);
- Estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e publicados em revistas científicas;
- Estudos de acesso livre;
- Estudos centralizados na temática da aspiração de secreções em Pessoas adultas ventiladas;
- Estudos que incluam Pessoas adultas internadas em contexto de UCI.

Os descritores selecionados foram: Intubation, Suction, Critical Care. Com estes descritores a pesquisa realizou-se em três bases de dados online: EBSCOhost; PubMed e Cochrane Database Systematic Reviews. A *Scoping Review* efetuou-se a 6 de julho de 2018.

Equação de pesquisa utilizada nas bases de dados

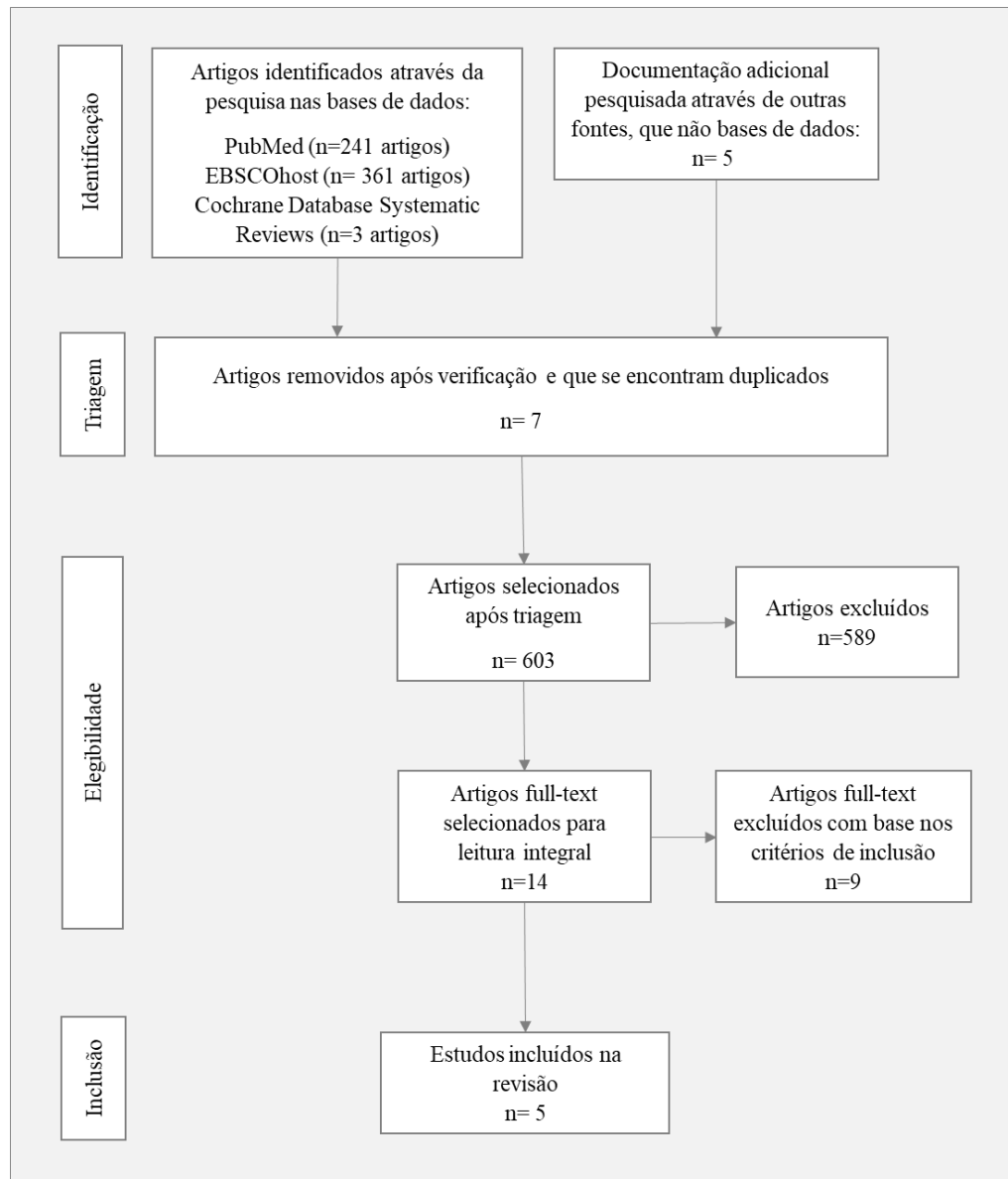
- PubMed – (“intubation” [Mesh]) AND (“suction” [Mesh]) AND (“critical care” [Mesh])
- EBSCO – (“intubation” [Mesh]) AND (“suction” [Mesh]) AND (“critical care” [Mesh])
- Cochrane Database Systematic Reviews – (“intubation” [Mesh]) AND (“suction” [Mesh]) AND (“critical care” [Mesh])

No sentido de minimizar o risco de viés e de ser o mais abrangente possível, mas também na tentativa de incluir no estudo algumas fontes de informação importantes não publicadas, incluí na seleção de artigos fontes de literatura cinzenta. Exemplos deste tipo de material incluem relatórios governamentais, teses de dissertação de mestrado e relatórios de pesquisa.

Nos motores de busca foram usadas palavras-chave relacionadas com a temática em pesquisa no sentido de a conduzir para o foco do estudo, e tendo em conta a questão de investigação.

Com base na estratégia de pesquisa obtive acesso a 605 artigos, através das bases de dados PubMed (n=241), EBSCOhost (n=361) e Cochrane Database Systematic Review (n=3), e 5 através de outras fontes, que não a base de dados, perfazendo um total de 610 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos 596 artigos, pelo limite temporal, pelo idioma, pelo tema e por duplicação, obtendo (n= 14). Através da leitura integral dos estudos e com base na pergunta de investigação resultaram (n= 5), que incluí no *corpus* da análise (figura 1).

Figura 1. Fluxograma de Prisma de seleção de estudos.



(The Joanna Briggs Institute, 2015)

Resultados

Dos estudos pesquisados nas bases de dados, juntamente com os da literatura cinzenta, resultaram 5 documentos para integrar a *Scoping Review*. Na tabela 2 identifiquei cada um dos estudos, assim como, apresento os principais resultados.

Relativamente à tipologia dos estudos, verifiquei que existiam:

- 2 Documentos oficiais;

- 1 Tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem;
- 1 Revisão Sistemática da Literatura;
- 1 Estudo Multimétodo: Revisão Sistemática da Literatura com Estudo Descritivo.

Tabela 2. Tabela de Resultados dos Estudos Incluídos na Scoping Review.

Estudo	Autores/Ano	Resultados
<p><i>Clinical Practice Guidelines: Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients with Artificial Airways</i></p>	<p>American Association for Respiratory Care – AARC (2010)</p>	<p>Efetuar a aspiração de secreções brônquicas apenas quando necessário e não rotineiramente; Sugere a aspiração sem desconectar a Pessoa do ventilador; A pré-oxigenação deve ser considerada se a Pessoa tiver uma redução clinicamente importante da saturação de oxigénio com a aspiração; O uso rotineiro de instilação salina normal antes da aspiração endotraqueal não deve ser realizado; O uso de um sistema fechado é sugerido para adultos com níveis elevados de FiO₂ ou PEEP, com risco de desrecrutamento pulmonar; Utilizar uma sonda de aspiração que oclua menos de 50% do lúmen do tubo endotraqueal em adultos; A duração do evento de aspiração não deve exceder os 15 segundos.</p>
<p><i>Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos: Norma 2.7.3</i></p>	<p>Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público – ACSS, IP (2011)</p>	<p>Efetuar a aspiração de secreções só quando necessário e não como procedimento rotineiro;</p>

<p>– <i>Aspiração de Secreções</i></p>		<p>Executar o procedimento com técnica asséptica;</p> <p>Utilizar máscara com viseira ou máscara com óculos durante o procedimento;</p> <p>Aumentar o FiO₂ para 100%, se o doente estiver ventilado para prevenir a hipoxia;</p> <p>Adaptar ao tubo endotraqueal o ressuscitador manual e insuflar para mobilizar as secreções;</p> <p>Instilar através do tubo endotraqueal, 3 a 5 ml de cloreto de sódio isotónico se as secreções forem espessas de modo a fluidificar as mesmas.</p>
<p><i>Tese de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -</i></p> <p><i>Prevenção da Infecção Respiratória: prática(s) na aspiração de secreções</i></p>	<p>Gomes, C. (2016)</p>	<p>Usar luvas; avental e máscara;</p> <p>Efetuar a aspiração de secreções brônquicas apenas quando necessário e não rotineiramente;</p> <p>Selecionar o calibre adequado da sonda de aspiração;</p> <p>O tempo de duração de cada aspiração deve ser entre 10 a 15 segundos.</p>
<p><i>Normal saline instillation before endotracheal suctioning: “What does the evidence say? What</i></p>	<p>Ayhan, H., Tastan, S., Iyigun, E., Akamca, Y., Arıkan, E. & Sevin, Z. (2015)</p>	<p>O uso de uma solução salina antes da aspiração de secreções, embora permaneça controverso, na estabilidade hemodinâmica e na incidência de pneumonia, diminui significativamente</p>

<i>do the nurse think?” – Estudo Multimétodo</i>		a oxigenação, pelo que, não é recomendado.
<i>Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: Revisão Sistemática da Literatura</i>	Favretto, D., Silveira, R., Canini, S., Garbin, L, Martins, F. & Dalri, M. (2012)	Efetuar a aspiração de secreções brônquicas mediante indicação criteriosa e não rotineiramente; O sistema fechado de aspiração endotraqueal teve melhores resultados relacionados com a frequência cardíaca; tensão arterial e saturação de oxigênio, quando comparado com o sistema aberto; Não foi obtida evidência conclusiva quanto à instilação ou não instilação de uma solução salina antes da aspiração de secreções.

Discussão

Esta pesquisa identificou estudos onde foi analisado o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada. Saliento o facto de ter constatado a inexistência de produção científica a nível nacional sobre o tema em análise.

Após análise de todos os estudos verifiquei a existência de vários pontos convergentes, nomeadamente no que se refere à aspiração de secreções brônquicas, que deve ser efetuada apenas quando é necessário, ou seja, não deve ser efetuada de forma rotineira (AARC, 2010, ACSS, IP, 2011, Favretto, D. et al., 2012, Ayhan, H. et al., 2015, Gomes, C., 2016).

Quanto ao uso de uma solução salina antes da aspiração de secreções, permanece controverso no que concerne à estabilidade hemodinâmica e à incidência de pneumonia associada à ventilação, contudo diminui significativamente a oxigenação, motivo pelo qual não é recomendado (Ayhan, H. et al., 2015, AARC, 2010).

No entanto, poder-se-á dizer que, em divergência com a maioria dos estudos, estão as recomendações do Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos: Norma 2.7.3 – Aspiração de secreções, no que se refere ao uso de uma solução salina previamente à aspiração de secreções brônquicas. Assim, recomenda a instilação através do tubo endotraqueal de 3 a 5 ml de soro fisiológico de modo a fluidificar as secreções (ACSS, IP,

2011). Também este é o único estudo que faz referência ao uso do ressuscitador manual, adaptado ao tubo endotraqueal, para fazer insuflações manuais de modo a mobilizar as secreções, previamente à aspiração das mesmas (ACSS, IP, 2011).

Relativamente ao uso de um sistema fechado versus sistema aberto de aspiração endotraqueal, na sua maioria, os estudos recomendam o uso de um sistema fechado nomeadamente para adultos com níveis elevados de FiO_2 e/ou de PEEP (ARRC, 2010, Favretto, D. et al., 2012).

Efetivamente, na prática, o sistema de aspiração endotraqueal mais usado é o sistema aberto. Contudo, em algumas UCI, de acordo com a situação (valores elevados de FiO_2 e/ou de PEEP), utiliza-se o sistema fechado para a aspiração de secreções brônquicas, evitando-se deste modo a desconexão da Pessoa do ventilador e consequentemente o risco de complicações associadas, em especial a hipoxemia (Ozden, D. et al., 2014).

No que concerne à pré-oxigenação, esta deve ser considerada se a Pessoa tiver uma redução clinicamente importante da saturação de oxigénio com a aspiração (AARC, 2010). Contrariamente, segundo as recomendações da norma de aspiração de secreções da ACSS, IP (2011, p.130), “deve-se sempre aumentar o F_iO_2 para 100%, se o doente estiver ventilado para prevenir a hipoxia”.

Quanto ao tempo de duração do procedimento de aspiração de secreções brônquicas, existe consonância, uma vez que, os estudos que fazem referência a este ponto sugerem que não deve exceder os 15 segundos (AARC, 2010, ACSS, IP, 2011, Gomes, C., 2016).

Apesar de ser um procedimento necessário, é um procedimento invasivo e como tal, não é isento de riscos. Neste sentido, pode originar complicações como a alteração dos parâmetros hemodinâmicos e dos gases arteriais, a broncoconstrição, a atelectasia, o aumento da pressão intracraniana, as alterações do fluxo sanguíneo cerebral, a dor, a infeção, entre outras. (Canini, S. et al., 2012).

Outro aspeto intimamente relacionado com o procedimento de aspiração de secreções brônquicas é o controlo da infeção, sendo recomendado o uso de técnica assética, com a utilização de máscara, luvas e avental para proteção do profissional de Enfermagem (AARC, 2010, ACSS, IP, 2011, Gomes, C., 2016).

Ainda, nos estudos AARC (2010) e Gomes, C. (2016) preconizam que o calibre das sondas de aspiração a utilizar, deve ocluir menos de 50% do lúmen do tubo endotraqueal.

Conclusão

Esta *Scoping Review* pretende mapear a literatura existente sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas, na Pessoa adulta ventilada, em contexto de UCI.

Dos estudos identificados na presente *Scoping Review* um faz referência à descontinuação da utilização da instilação de uma solução salina antes da aspiração endotraqueal pelos profissionais de Enfermagem (Ayhan, H. et al., 2015).

Segundo Favretto, D. et al. (2012, p. 9), “a aspiração endotraqueal é uma intervenção que requer conhecimentos específicos sobre a condição clínica do doente, questões fisiopatológicas, ventilação mecânica, terapia respiratória, portanto, é fundamental que haja estudos para a obtenção de evidências que fundamentem tal prática”.

Por outro lado, destaco as recomendações internacionais, sobre o procedimento da aspiração endotraqueal (AARC, 2010). Contudo, estas *Guidelines* baseiam-se em estudos com menor nível de evidência, como é o caso de estudos observacionais e quase-experimentais não randomizados.

Assim, é fundamental ampliar o campo de conhecimento sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa submetida a VMI, de forma a aumentar a evidência científica sobre esta técnica, por meio de ensaios clínicos controlados e randomizados.

Referências Bibliográficas

- Administração Central Sistema Saúde, Instituto Público – ACSS, IP (2011). Manual de normas de enfermagem - procedimentos técnicos. Recuperado de:
http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.Pdf
- American Association of Respiratory Care. (2010). AARC clinical practice guidelines: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, jun, 55(6): 758-66.
- Ayhan, H., Akamca, Y., Arıkan, E., İyigün, E., Sevim, Z. & Tastan, S. (2015). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: “What does the evidence say? What do the nurses think?”: Multimethod study. *Journal of Critical Care* 30. 762-767.

Bambi, S., Canesi, M., Fumagalli, R., Lucchini, A. & Robustelli, G. (2016). An Association Between Pain and American Association of Respiratory Care 2010 Guidelines During Tracheal Suctioning. Prospective observational study. Educational Dimension September/October 2016. DOI: 10.1097/dcc.0000000000000200.

Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for preventing healthcare associated pneumonia. (2003). Recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep. 53 (RR-3): 1-36. Acedido a 6 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Dalri, M., Canini, S., Favretto, D., Garbin, L. & Silveira, R. (2012). Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20(5): [11 telas]. set-out. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

Eser, I., Guler, E.K., Maras, G.B. & Kose, S. (2017). Knowledge and practice of intensive care nurse for endotracheal suction in a teaching hospital in western Turkey. Intensive and Critical Care Nursing. (39): 45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.006>

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). Publicado em Diário da República, 1ª serie – Nº 181 – 16 de setembro. Lei nº 156/2015 de 16 de setembro Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Manara, D., Negro, A., Ranzani, R. & Villa, M. (2014). Survey of Italian care unit nurses' knowledge about endotracheal suctioning guidelines. Intensive and Critical Care Nursing. (30): 339-345. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.003>

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI). Acedido a 6 de julho de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../infeccao/.../recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-respiratoria>.

Ozden, D. & Gorgulu, R. (2014). Effects of open and closed suction systems on the haemodynamic parameters in cardiac surgery patients. *British Association of Critical Care Nurses*. 20 (3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12094>.

The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Ao longo deste capítulo irei descrever o percurso realizado nos locais de estágio que se revelaram preponderantes na mobilização e aquisição de conhecimentos, desenvolvendo competências de EE, com EEMC na PSC.

Os conhecimentos apreendidos ao longo do percurso profissional permitem construir o próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas. Uma prática reflexiva associa-se à aprendizagem construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser um profissional que, na sua tomada de decisão, tenha sentido crítico, com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica de enfermagem, de forma a apoiar a sua prática (Deodato, 2008).

O desenvolvimento desta UC – Estágio Final e Relatório, teve como objetivo, adquirir competências de EE com EEMC, na prestação de cuidados à PSC, através de novas experiências e situações, de forma a contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A unidade curricular – Estágio Final e Relatório final compreende 750 horas de trabalho, das quais 360 horas são de contacto, às quais me vou reportar. Esta UC foi, tal como já referi anteriormente, desenvolvida em dois momentos - estágio num SUC e estágio num BOC.

2.1 EXPERIÊNCIA PESSOAL E PROFISSIONAL

Em Enfermagem, a análise, a reflexão crítica e a avaliação de e sobre o processo de aprendizagem, vivências, experiências, expectativas, receios e lacunas são domínios inseparáveis na prestação de cuidados de excelência; permitem: clarificar conceitos, associar a teoria à prática, reconhecer e interligar o conhecimento versus habilidade, expandir o autoconhecimento e desenvolvimento profissional com expressão nas atitudes e no agir responsável, assim como, dar suporte ao corpo de conhecimentos.

Neste sentido, antes de fazer referência às atividades desenvolvidas ao longo dos estágios que realizei, vou referir alguns aspetos da minha experiência profissional, que considero

terem sido relevantes neste percurso e conseqüentemente para a consolidação de competências de EE com EEMC na PSC.

Assim, exerci funções num SU durante cinco anos e numa UCIP por um período de oito anos num hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Enquanto enfermeira na UCIP durante oito anos exerci funções como chefe de equipa, tendo orientado e coordenado equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, demonstrando a competência *"Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização"*.

Na ausência da enfermeira chefe, realizava funções de gestão da UCIP pelo que, desenvolvi a competência *"Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização"*.

Adquiri a competência *"Colabora na integração de novos profissionais"*, tendo sido responsável pela integração de novos elementos (enfermeiros e assistentes operacionais).

Demonstrei a competência *"Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros"*, tendo orientado e avaliado estágios de alunos de enfermagem do 4º ano. Tendo igualmente adquirido a competência *"Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização"*.

Realizei várias ações de formação em serviço, como formadora, apresentando inclusive estudo de casos, demonstrando a competência *"Promove a formação em serviço na sua área de especialização"*.

Efetuei cuidados de enfermagem gerais e específicos à PSC e família segundo o modelo teórico de Nancy Roper (modelo teórico adotado pela instituição) e fiz o acolhimento da PSC e família. Demonstrando a competência *"Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica"*.

Integrei o grupo de enfermeiros que constituíam os "Elos de Ligação" de cada serviço/unidade com a Comissão de Controlo de Infeção tendo como objetivo a Vigilância Epidemiológica. Neste sentido desenvolvi a competência *"Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica"*.

Ao elaborar Normas e Manuais de Serviço, adquiri as competências *"Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização"* e *"Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização"*.

Por questões pessoais, tive necessidade de mudar para outro hospital do SNS com Parceria Público Privada e fui responsável pela orientação e gestão de uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Assim desenvolvi a competência *“Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização”* e *“Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização”*.

Atualmente exerço funções como enfermeira Sénior num bloco operatório, como Enfermeira de Anestesia, em cirurgias de urgência/emergência e eletivas, tendo desenvolvido as competências *“Cuida da pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”*; *“Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”* e *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

E, no contexto da *Scoping Review* que efetuei sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada, considero já ter adquirido as competências *“Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”*; *“Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica”* e *“Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização”*.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

Tal como anteriormente referido, este estágio desenvolveu-se no SUC, durante o período de 09 de setembro a 25 de outubro de 2018 e teve a duração de 180 horas de contacto.

O SUC está inserido num Centro Hospitalar de Lisboa (CHL) do SNS. Enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. Assim, atende a PSC oriunda de várias regiões do País, com diversas patologias e com necessidades de assistência nas várias especialidades. Também tem uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER), com gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados à PSC no SU.

A escolha deste local de estágio teve a ver com o facto de, sendo uma referência nacional em termos de SUC, constituía um campo de estágio onde iria ter oportunidade para desenvolver e adquirir competências de EE com EEMC na PSC.

O SUC está dividido em vários setores, de acordo com o nível de gravidade/ situação crítica da pessoa, a saber: triagem; reanimação (duas salas com capacidade para três Pessoas e equipadas com todo o material necessário para monitorização hemodinâmica invasiva e ventilação mecânica invasiva); gabinetes laranjas (dois gabinetes de medicina e um de cirurgia); gabinetes médicos (cinco gabinetes); um gabinete de cirurgia; um gabinete de ortopedia; duas salas de espera; uma sala de aerossóis; uma sala de tratamentos e a pequena cirurgia (com duas salas). O internamento - sala de observação (SO), onde estão internadas Pessoas de todas as especialidades.

A urgência possui o sistema de triagem de Manchester e o sistema de registos em suporte informático (programa ALERT®).

A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores é decidida pelo enfermeiro chefe de equipa, baseando-se nas competências específicas de cada elemento da equipa e adequando-as às reais necessidades. O enfermeiro chefe de equipa, não fica alocado a nenhum sector específico, embora possa prestar cuidados diretos à PSC de acordo com a pertinência da situação. A equipa de enfermagem é constituída por cento e sete enfermeiros (incluindo o enfermeiro chefe e o enfermeiro que o substitui). Existem cinco equipas de enfermagem: quatro equipas praticam horário rotativo e uma equipa pratica horário fixo.

Em relação às visitas, existem dois períodos de visitas (manhã e tarde) para a Pessoa internada na SO. Em ambos os períodos não existem limite de tempo, mas dependem do estado da Pessoa e da situação do serviço. São permitidas duas visitas por Pessoa. É possível a entrada de crianças, mas só com mais de 12 anos de idade. Se a Pessoa não está internada, esta tem o direito de permanecer com um familiar /pessoa significativa, devidamente identificado.

Defini como **objetivo geral** para este estágio:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC, no serviço de urgência central.

E como **objetivos específicos**:

- Desenvolver competências na prática dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, no serviço de urgência central, de acordo com a metodologia científica;

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, no serviço de urgência central, respeitando e fazendo respeitar o direito à Identidade da Pessoa Humana.

- Promover as boas práticas no âmbito do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, no serviço de urgência central.

Para a consecução dos objetivos suprarreferidos procurei desenvolver uma prática, baseada na evidência e orientada para a Pessoa. Assim, vou fazer a descrição e respetiva avaliação das intervenções especializadas de enfermagem realizadas no contexto deste estágio, dando ênfase às competências de EE com EEMC à PSC que foram desenvolvidas e mobilizadas.

De acordo com o artigo 1.º do Despacho Normativo de 11/2002, publicado em Diário da República, a 6 de março, p. 1865, “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas; consideram-se situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”.

Neste contexto, o SU pelas suas características intrínsecas, carga de trabalho, responsabilidade profissional, confrontação contínua com a doença súbita e ameaças à própria vida, são por si só, fatores que remetem para profissionais com elevada capacidade de resposta e dotados de um conjunto de competências. Estas competências permitem ao enfermeiro corresponder e responder adequadamente às necessidades e exigências da PSC. Para além, dos conhecimentos de que o enfermeiro é detentor, ele deve, simultaneamente, possuir características tais, como: rapidez na intervenção, agilidade e assertividade no domínio das situações. Contudo, o cuidar do enfermeiro no serviço de urgência não se esgota em competências técnicas, são também as competências relacionais, fatores conducentes a potenciar a qualidade interventiva do enfermeiro.

Durante a minha permanência no SUC tive sempre a preocupação de assumir uma atitude ética e deontológica adequada, não só quando cuidava da PSC, mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

Ao descrever as minhas atividades vou ter sempre como ponto de partida os objetivos que delineeii. Deste modo, partindo do meu primeiro objetivo específico:

Desenvolver competências na prática dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, no SUC de acordo com a metodologia científica;

Uma vez que, toda a minha atividade foi desenvolvida nas duas salas de reanimação existentes no SUC, os meus objetivos foram todos operacionalizados neste sector. Durante a realização deste estágio, no âmbito de sala de reanimação, confrontei-me com situações de morte e PSC em instabilidade hemodinâmica. Para fazer face a algumas destas situações, fiz

pesquisa bibliográfica e recorri a aulas teóricas lecionadas ao longo do mestrado, assim como, da minha experiência pessoal e profissional.

Tive sempre em mente, proporcionar cuidados especializados e de elevada qualidade à PSC, num local privilegiado tecnicamente, para enfrentar e resolver a grande maioria das situações apresentadas. Esta elevada qualidade de cuidados tem por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à PSC de acordo com o Regulamento nº 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República.

Tendo em conta a grande diversidade e abrangência do tipo de situações com que os profissionais se deparam, e apesar do caráter urgente que caracteriza um SU, não posso deixar de salientar a parte humana que, em situação alguma, deve ser esquecida. De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (ordem dos enfermeiros, 2015, p.14) “não basta a qualidade científica ou a técnica, pois **somos gente que cuida de gente**, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora”. Nesta perspetiva, fiz uma reflexão crítica sobre a humanização dos cuidados no serviço de urgência. A humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo um cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde à PSC. A humanização necessita estar sempre presente nas relações com o outro. Pressupõe atitudes, valores e comportamentos, pelo que se considera que a humanização e os cuidados são indissociáveis. Segundo Deodato (2008, p. 163) “ a humanização faz-se assim, sobretudo através de mim, da minha presença, do que digo, do que mostro e da autenticidade e coerência com que digo, já que eu enfermeiro, sou o outro lado da relação humana que estabeleço e é na medida em que mostro como pessoa ao Outro, que torno a minha relação de cuidado humanizada, porque é verdadeiramente humana”. De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 15 de setembro, publicado em Diário da República (p, 8104) o artigo 110.º Da humanização dos cuidados ” o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. Desenvolvi a competência “*Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica*” e “*Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*”.

Cuidei de pessoas em situações de urgência/emergência com diferentes necessidades que decorreram de múltiplas causas (sépsis, acidente vascular cerebral; enfarte agudo do miocárdio, alterações metabólicas graves, politraumatizados, queimados, entre outras). Neste contexto, adquiri a competência “*Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos, decorrentes de doença aguda ou crónica*” e “*zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização*”.

Dada a complexidade das situações e pelo facto de ter estado nas salas de reanimação tive várias oportunidades de efetuar suporte básico e suporte avançado de vida, à pessoa em situação emergente. Segundo o Conselho Português de Ressuscitação (2015, p.17) “as manobras de ressuscitação cardiorrespiratória visam repor um ritmo de atividade cardíaca espontânea e eficaz, antes de o cérebro ter sido lesado de forma irreversível. Perante esta emergência ao enfermeiro especialista compete atuar de forma rápida e eficaz, em colaboração com a restante equipa, de forma a garantir um tratamento eficiente e rápido, garantindo ao doente em causa, o retorno a uma vida autónoma, digna e saudável”. Para o êxito dos esforços de ressuscitação cardiorrespiratória, é necessário um todo contínuo, universalmente conhecido como cadeia de sobrevivência. Os elos desta cadeia, que se aplicam tanto a nível intra-hospitalar como extra-hospitalar são: reconhecimento imediato da paragem, início imediato de suporte básico de vida, desfibrilhação precoce e suporte avançado de vida o mais cedo possível. São estes elos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória. Desenvolvi a competência “*Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização*”.

Tive oportunidade de, em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, e de uma forma informal abordar questões sobre quando decidir reanimar ou não. No que concerne à ética da reanimação e decisões de fim de vida, segundo o ERC (2010, p. 65) “há várias considerações necessárias para assegurar que as decisões de tentar ou não iniciar a reanimação são apropriadas e que a pessoa é tratada com dignidade. Estas decisões são complexas e podem ser influenciadas por fatores individuais, culturais internacionais ou locais, legais, tradicionais, religiosos, sociais e económicos”. Segundo Deodato (2014, p.104) “a defesa da vida surge associada à defesa da dignidade da pessoa que experimenta a morte como etapa final da vida” (...) escolher o agir no respeito pela vida significa sobretudo assegurar o cuidado que concilie o valor supremo da vida com a inevitabilidade da morte”. (...) “O enfermeiro procura defender a vida, mas não a todo o custo. As intervenções visam não apenas manter a pessoa viva, mas permitir que a pessoa encontre uma qualidade adequada à sua situação atual”. De acordo com Deodato (2014, p. 71) “a dignidade humana,

a liberdade e a vida são fundamentos claramente afirmados na prática profissional do enfermeiro”. Em Portugal, a deontologia profissional de enfermagem manifesta isso de forma inequívoca ao consagrar como princípio estruturante de que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Neste sentido, apliquei as competências “*Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica*” e “*Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas*”.

Saliento o facto de ter tido o primeiro contacto com o dispositivo de compressão automática externa – (LUCAS), que também existe numa das salas de reanimação do SUC. Segundo Jolife (2018, p.7) “o Sistema de Compressão Torácica LUCAS é um dispositivo portátil destinado a ultrapassar os problemas identificados relativamente às compressões torácicas manuais. O dispositivo LUCAS ajuda os profissionais de saúde, realizando compressões torácicas consistentes e contínuas tal como é recomendado pelas orientações da American Heart Association e do European Resuscitation Council”. Neste caso concreto, tratou-se de uma vítima que recorreu ao serviço de urgência, acompanhada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e vinha com este dispositivo em funcionamento. Posteriormente, houve necessidade de efetuar a troca do dispositivo e tive oportunidade de observar as vantagens deste dispositivo, quer para a PSC, quer para a equipa de reanimação. Desenvolvi a competência “*Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*”.

Dadas as características deste SUC acolhíamos um número elevado de politraumatizados, vítimas de acidentes de viação, pelo que, cuidei e fiz o acompanhamento da Pessoa politraumatizada, muitas vezes em risco iminente de vida, com necessidades várias – estabilização hemodinâmica; suporte avançado de vida, despiste de complicações imediatas, algoritmos de ABCDE, manobras de imobilização em trauma, tratamento de traumas fechados e abertos emergentes (com compromisso neurovascular) e controlo da dor. A dor está quase sempre presente na PSC, tendo esta impacto no seu estado geral. Por este facto, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas. A dor constitui o quinto sinal vital e o EE com EEMC deve ser capaz de identificar na PSC evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, devendo promover, se necessário, medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor.

Neste sentido, avaliei e registei a intensidade de dor de forma sistemática, na PSC que recorria ao SUC e tive oportunidade de utilizar algumas intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, como a massagem, posicionamento adequado, utilização do calor ou frio, manutenção de um ambiente tranquilo, promover a presença da família, que foram implementadas isoladamente ou em complementaridade com as intervenções farmacológicas. Segundo Ferreira et al (2014, p.17) a dor define-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou potenciais, descrita em termos de tais lesões”. Esta definição remete para a sua natureza subjetiva e sugere que a dor só existe quando reportada pelo indivíduo. A autoavaliação da Pessoa é considerada o Gold-standard da avaliação dolorosa, sendo as Escala Visual Analógica e Escala Numérica de Dor, as mais válidas e fiáveis na Pessoa consciente e colaborante”. O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (2017, p.4)” a abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional. A elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde, com particular destaque para médicos e enfermeiros, deveriam obrigar a uma formação adequada”. Porém, isso ainda não se verifica, como tem sido reiteradamente reconhecido por diversas entidades, nomeadamente a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).

Saliento o facto de, no SUC não haver outras escalas de dor que contemplem a PSC impossibilitada de autoavaliar a dor. Assim sendo, a PSC, impossibilitada de autoavaliar a dor, a mesma é avaliada de forma subjetiva. Existem escalas de avaliação onde são considerados critérios subjetivos como sendo a expressão facial e o movimento da Pessoa no leito, bem como certos parâmetros fisiológicos tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e a sudorese. Segundo Ferreira et al (2014, p.17) “as escalas de monitorização de dor como a Behavioral Pain Scale (BPS) e a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) são os instrumentos de avaliação mais válidos para aplicação na PSC, incapazes de autoavaliação e, nos quais as funções motoras estão intactas”. A escala BPS tem por base a avaliação de três itens, a saber: a expressão facial; os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. Esta escala adapta-se à Pessoa não comunicante, submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI). A escala CPOT tem por base a avaliação de seis itens comportamentais: queixas vocais não verbais; expressão facial;

movimentos dos membros superiores de “agarrar”; inquietude; massajar a área afetada e queixas vocais verbais. Esta escala adapta-se à Pessoa não comunicante, com défices cognitivos acentuados. De salientar que as escalas da dor devem ser consideradas pela equipa de enfermagem como valiosos instrumentos para a sua gestão, sobretudo na PSC impossibilitada de autoavaliar a dor, sendo que, de acordo com Alfarrobinha et al (2013, p.4) “o reconhecimento da existência de dor e a sua avaliação (...) são passos essenciais para um bom controlo da mesma”. Neste sentido desenvolvi as competências, *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”* e *“Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”*.

O SUC tem implementado três Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes): Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VV AVC); Via Verde Sépsis (VVS) e Via Verde Trauma (VVT). Neste contexto, cuidei de pessoas cuja VV AVC e a VVT foram acionadas, tendo efetuado os respetivos protocolos, na sua maioria com sucesso. Efetuei a avaliação e respetivo registo da Escala de Coma de Glasgow à PSC. A escala de coma de Glasgow (ECG) é uma escala de ordem neurológica capaz de medir e avaliar o nível de consciência de uma Pessoa que tenha sofrido um traumatismo craniano. Esta escala é um método bastante confiável para detetar o nível de consciência de uma Pessoa após acidentes. Ela é utilizada durante as primeiras 24 horas após o trauma e faz a avaliação baseada em três parâmetros: abertura ocular, resposta motora e resposta verbal. Acompanhei a PSC em colaboração com a minha orientadora e o médico, à sala de hemodinâmica e ao serviço de Imagiologia para a realização de cateterismos; tomografia axial computadorizada (TAC) e de ressonância magnética (RM). Muitos destas Pessoas eram submetidas a VMI e necessitavam de monitorização e vigilância hemodinâmica. Assim, desenvolvi as competências *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua área de formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”* e *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

Confrontada com a PSC sob VMI, constatei que, o medo e a ansiedade são sentimentos patentes nestas Pessoas e muitas vezes o facto de não poderem comunicar verbalmente é por si só, fator gerador de stress e desconforto físico e psíquico. A capacidade de comunicação destas Pessoas, submetidas a VMI está limitada, sobretudo pelo uso de próteses ventilatórias, mas também devido à ação de fármacos, resultando num impedimento para a comunicação

oral, sendo essencial recorrer a formas alternativas de comunicação, para que possam expressar as suas necessidades e possa ser estabelecida uma relação terapêutica eficaz.

Saliento o facto de pela minha experiência profissional anterior, enquanto enfermeira, numa UCIP, onde exerci funções, como anteriormente já referi, já deter competências específicas, que me facilitaram e permitiram cuidar da PSC submetida a VMI, com necessidades várias. Realço a necessidade e a importância da comunicação com a PSC. Em contexto de cuidados de saúde, a comunicação é o suporte de todas as intervenções, pois só através da comunicação com a Pessoa, é possível compreendê-la na sua globalidade, perceber a sua visão do mundo, a sua maneira de pensar, sentir e tomar decisões. A comunicação é um elemento essencial à vida humana e, como tal, nos momentos de maior vulnerabilidade, como é o caso de um internamento hospitalar e em especial numa sala de reanimação de um SU, este aspeto pode contribuir de forma significativa para o bem-estar da Pessoa e família. É função do enfermeiro saber comunicar com o outro, seja qual for o nível de incapacidade comunicativa. Como EE temos de saber ouvir atentamente e silenciosamente o que a Pessoa quer dizer, sendo uma questão de respeito pela Dignidade e Valor do Outro e pela Humanização dos Cuidados.

Segundo Silva (1996, p.133) “a comunicação entre doente e enfermeiro dá-se através da voz, do gesto, de palavra, do sorriso, da pausa, da respiração, do olhar, do aperto de mão, do toque, do silêncio ou de lágrimas. Percebe-se aqui o verdadeiro significado do corpo, a compreensão deste como veículo de comunicação, de novas formas de abordagem ao doente”. Perante as limitações que a PSC apresenta é importante, sempre que possível, que lhe seja dada informação sobre os procedimentos que realiza, sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-la no tempo, sobre o seu estado clínico, reforçando e valorizando os pequenos progressos. Tal como refere Cerqueira (2005, p. 57) “ a plenitude da comunicação exige o manejo cauteloso da palavra e do silêncio (...) rumo à atitude empática, recetiva, aberta, tranquilizante de quem sente mais do que sabe o que está a acontecer ao Outro...” Desenvolvi a competência “*Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*”.

Na sua maioria, num SU, os cuidados de Enfermagem estão centrados na realização de atitudes terapêuticas interdependentes como a administração de terapêutica e a execução de técnicas, correndo-se o risco da prestação de cuidados não ser individualizada, centrada na Pessoa/família e na resposta às suas necessidades específicas, o que pode dificultar a elaboração de um plano de intervenção e a qualidade dos cuidados prestados. Segundo

Tomey, A. & Alligood, M. (2004, p. 242) “as decisões para as intervenções de enfermagem devem ser baseadas no comportamento singular do doente individual e os cuidados de enfermagem centrados no doente, que significam um cuidar de enfermagem individualizado”. Neste sentido, o modelo de Myra Levin vê a Pessoa com sentido de identidade e de autoestima, encara a Pessoa como um sistema de sistemas, e na sua totalidade expressa a organização de todas as partes contribuintes. O modelo salienta as intervenções de enfermagem que pretendem manter juntos os recursos singulares e individuais que cada individuo traz à sua situação difícil (Tomey, A. & Alligood, M, 2004). Considero ter desenvolvido as competências *“Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”* e *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*.

Preparei material e colaborei em diversas técnicas invasivas como a colocação de cateter venoso central, cateter arterial, colocação de drenagem torácica, tendo sempre em atenção o risco de infeção associado, assim como a gestão da dor associada a estes procedimentos invasivos. Uma vez que, tenho uma pós-graduação em Controlo de Infeção e Saúde, considero que já adquiri competências que me permitiram, em determinadas situações liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, inclusive em situações de urgência. Relativamente ao controlo de infeção, considero ser uma das áreas importantes do EE em EMC na PSC, já que, uma infeção associada aos cuidados de saúde aumenta a mortalidade da Pessoa, assim como, os custos hospitalares associados. Neste sentido, saliento também os cuidados à Pessoa vítima de queimadura, que recorre ao SU, e em que, o controlo da infeção é um dos aspetos considerados fundamentais no seu tratamento e recuperação. Apesar de, na sua maioria, a PSC vítima de queimadura, ter necessidade de ser transferida para uma unidade de queimados, a primeira abordagem é efetuada em contexto de urgência e sabe-se que, uma abordagem correta e precoce permite diminuir as taxas de mortalidade e morbidade, necessitando sempre de uma intervenção multidisciplinar. Neste sentido, considero ter desenvolvido e adquirido as seguintes competências *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”* e *“Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”*.

Após a estabilização da PSC houve preocupação por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, de falar com a família, que muitas vezes se mantinha na sala de espera, para poder ter informações relativas ao estado de saúde do seu familiar. Considero que, mesmo

em contexto de urgência, não existe apenas a Pessoa doente em situação crítica, mas também os seus familiares ou pessoas significativas, pois a Pessoa doente está inserida num contexto familiar, social e cultural, vivendo em comunidade com os demais, que importa também salvaguardar e atender, numa vertente de responsabilidade que o enfermeiro assume pela humanização dos cuidados de enfermagem. Segundo Deodato (2014, p.135) “a existência de uma família de suporte à pessoa, numa situação de doença grave constitui também uma razão para o enfermeiro optar por determinada intervenção. A verificação de que a família tem um ambiente capaz de assegurar o apoio que a pessoa necessita e que o envolvimento da família no processo de cuidado é possível, leva a que o enfermeiro decida realizar intervenções com base nesse suporte”. Segundo Vieira (2017, p.73), “A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidados mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais quer na prestação informal de cuidados”. Seguindo esta linha de pensamento, faz todo o sentido que o EE centre a sua abordagem simultaneamente na PSC e família e a ênfase seja colocada na interação entre os seus membros. Esta perspetiva vai ao encontro do princípio de conservação da integridade social do Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine. Neste Modelo de Conservação, o contexto social e familiar do indivíduo deve ser preservado, mesmo em situações de doença e hospitalização. No que concerne à conservação da Integridade Social, segundo Tomey, A. & Alligood, M. (2014, p.241) “a vida ganha significado através das comunidades sociais e a saúde é socialmente determinada. As enfermeiras desempenham funções profissionais, cuidam dos membros da família, assistem às necessidades religiosas e usam as relações interpessoais para conservar a integridade social”.

Neste contexto, destaco o facto de ter cuidado de uma Pessoa com 53 anos de idade, vítima de acidente vascular cerebral (AVC), que deu entrada no SUC, helitransportada, acompanhada pela equipa do INEM. À chegada ao SUC, após observação clínica e a realização de vários exames complementares de diagnóstico, os quais eu acompanhei, foi diagnosticado um AVC hemorrágico e declarado em morte cerebral. Após discussão em equipa, foi dado início ao protocolo para validação do dador e, posteriormente, iniciou-se o protocolo de manutenção do dador. De acordo com o protocolo de manutenção do dador, do hospital, a Pessoa vai preferencialmente para uma UCI, contudo, muitas vezes por falta de vaga, permanece na sala de reanimação, onde são efetuados todos os cuidados relativos ao protocolo (colocação de cateter venoso central, cateter arterial; manter ventilação e

oxigenação; infusão de lactato de ringer/soro fisiológico 0,9% /0,45%; manter eletrólitos; evitar hipotermia; manter glicemia entre 140- 180mg/dl e manutenção das córneas). Neste caso concreto, a Pessoa permaneceu cerca de 24 horas na sala de reanimação e foi efetuado o protocolo de manutenção de dador. Tive oportunidade de colaborar em dois turnos e, apesar de ter sido uma experiência muito dolorosa, foi gratificante, na medida em que, possibilitou-me mobilizar diversas competências de EE e usá-las em benefício da Pessoa e família. Senti que respeitei e fiz respeitar a Pessoa e a sua dignidade intrínseca. Tal como refere Deodato (2014, p.91) “respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a” (...) “o respeito pela pessoa constitui assim uma manifestação da capacidade de tomar o Outro ao seu cuidado, não apenas na dimensão estrita da prestação de determinada intervenção, mas numa atitude cuidativa global de resposta às necessidades de cuidado apresentadas”. Saliento o trabalho multiprofissional e a comunicação que houve na equipa entre os diferentes elementos. Tal como refere Nunes (2011, p.75) “a prestação de cuidados de saúde globais está para além da capacidade de resposta exclusiva de uma profissão, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional”. Ou seja, é preciso que uma equipa de profissionais de diferentes campos de atuação se coloque ao serviço de um mesmo fim, a saber, a prestação de cuidado acessível, eficaz e em tempo útil, o que requer um trabalho articulado, em cooperação”. Após tomada de decisão em equipa, foram contactados os familiares, no sentido de tomarem conhecimento da situação. Segundo Deodato (2008, p.131) “os enfermeiros têm o dever de incluir nos processos terapêuticos dos seus clientes, os familiares”. Ainda segundo Deodato (2014, p. 136) “este envolvimento da família nos cuidados facilita também a necessária ajuda do enfermeiro a cada familiar, na medida das suas necessidades em lidar com a morte e o sofrimento”. Os familiares deslocaram-se ao SUC e houve espaço para falar com a família em privado e informá-la da situação, tendo sido posteriormente efetuado o respetivo acompanhamento. Houve oportunidade para esclarecimento de dúvidas, inquietações e preocupações. A família foi recetiva e permaneceu por longos períodos, junto da Pessoa, na sala de reanimação, até à sua ida para o bloco operatório (BO). Apesar das condições e do ambiente vivido numa sala de reanimação conseguiu-se proporcionar alguns momentos de privacidade. Segundo Sarmiento (2018, p.94) “é importante que nas conversas com a família se use sempre uma linguagem adaptada à sua capacidade de entendimento das situações expostas. É também fundamental que haja coerência de linguagem e de informação prestada entre todos os elementos da equipa. Da família não se espera, nem é desejável, que tome decisões médicas. O que se espera, fundamentalmente, é que expresse desejos e valores do

doente”. Saliento o facto de esta família não ter nacionalidade portuguesa e de referir que tinham a crença/cultura de, quando algum familiar partisse, levavam sempre um “símbolo” consigo, pelo que, a família pediu que se respeitasse esta vontade. A equipa entendeu e a família trouxe o “símbolo” que permaneceu sempre junto da Pessoa e acompanhou-a até ao BO. Tal como refere Deodato (2014, p. 134) “respeitar as crenças culturais constitui assim uma atitude de cuidado que considera a pessoa na sua totalidade e permite que as suas diferentes dimensões sejam tidas em conta na decisão de cuidado”. Na transferência para o BO foi comunicado e explicado à equipa multidisciplinar a situação e referido que posteriormente, aquele “símbolo” deveria acompanhar o corpo até à morgue. Segundo Nunes (2018, p.357) “vale a pena recolocar na equação que a morte faz parte da vida e que é imperativo conferir qualidade ao processo de morrer, com cuidados que visem paliar e preservar a dignidade humana”. A pessoa que se encontra num processo de morrer tem de ter assegurados e protegidos aspetos que considere relevantes para essa etapa da sua vida como sejam, : (...) o respeito pelas suas crenças e valores, pelas suas escolhas pessoais, (...), e uma prestação de cuidados que responda às suas necessidades, incluindo além da dimensão física também a psicológica, a emocional, a espiritual”.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos enfermeiros, no artigo 108.º “Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida, o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de: b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”. Nesta situação concreta que vivenciei, encarei a família, como aliás assim a defendo, como um todo, como uma entidade única a viver uma circunstância única e como tal é importante que o enfermeiro tenha a sensibilidade para identificar estas situações, qualquer que seja o contexto. Considero ter desenvolvido e adquirido as seguintes competências, *“Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” e “Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”.*

Em relação ao segundo objetivo específico:

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, no serviço de urgência central, respeitando e fazendo respeitar o direito à identidade da Pessoa humana.

De forma a dar resposta a este objetivo, fiz pesquisa bibliográfica sobre: Declaração Universal dos Direitos Humanos, Constituição da República artigo 26. 1; Lei de Bases da Saúde – Base XIV; Deontologia Profissional.

Ao longo do estágio no SUC, sempre que possível, partilhei com a equipa de enfermagem, e em especial com a minha orientadora de estágio, as minhas inquietações e preocupações, em contexto de serviço de urgência. Posso dizer que, de uma forma geral, a equipa foi receptiva e houve momentos de partilha de sentimentos e vivências sobre esta temática, de uma forma informal.

A escolha deste tema - Respeitar e fazer respeitar o direito à identidade da pessoa humana em contexto de urgência, surge uma vez que, dada a dinâmica que caracteriza este serviço, a tecnologia existente e a complexidade das situações (PSC), com a conseqüente necessidade de estabelecer prioridades, o respeito pela identidade da Pessoa humana pode ser muitas vezes colocado em segundo plano e conseqüentemente de difícil valorização. Segundo Nunes (2011, p. 63) “quando pensamos no valor da identidade pessoal, ele será conforme ao que cada um tem de consciência sobre si (dir-se-á autoconsciência). Ao analisarmos a gênese da identidade do ser humano, acabamos por concluir que na base se encontra a capacidade de relação. Do que deduzimos que o valor da identidade pessoal está na linha do ser como valor por si e em si mesmo.”

Segundo a Constituição da República artigo 26.1 (2005, p. 284) “a identidade pessoal é aquilo que caracteriza cada pessoa enquanto unidade individualizada que se diferencia de todas as outras por uma determinada vivencia pessoal”. Segundo Nunes (2011, p.91)” a identidade pessoal inclui a consciência das nossas ações ou sensações”. Ainda segundo Nunes (2011, p.278) “a proteção da pessoa é fundante do compromisso assumido pelos profissionais de saúde, no geral, e dos enfermeiros em particular – assim se entende que o principio enunciado seja “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” , que um dos valores universais é a verdade e que um dos princípios orientadores da prática profissional seja “o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes”. Segundo Deodato (2008, p. 21) “o exercício da profissão de enfermeiro, desenvolve-se no âmbito da proteção da saúde dos cidadãos, em resposta às necessidades, ao longo do ciclo vital. Os cuidados de

enfermagem dirigem-se à pessoa, no respeito pela singularidade e pela sua dignidade, concretizando-se através de uma relação que visa a promoção dos seus projetos de saúde. A prestação de cuidados de enfermagem, área central da profissão, realiza-se no âmbito de uma relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o Outro (pessoa, grupo ou comunidade) e os atos profissionais emergem daí, numa autêntica relação de cuidado”. O exercício da profissão de enfermagem necessita de um suporte teórico - científico, técnico e relacional. Este saber teórico é efetuado através de uma ligação teórico-prática fundamental para a compreensão de conhecimentos e conceitos e para a elaboração das capacidades de ação em todas as situações de cuidados de enfermagem. E a dimensão ética destes cuidados, também precisa de ser ensinada e aprendida? Este saber não se adquire pela leitura de um manual de ética, antes, porém, enquadra-se num processo de desenvolvimento pessoal ao longo da vida profissional. A base desta aprendizagem tem como referencial os valores que cada um de nós possui enquanto Pessoa.

Considero que, para além de um corpo de conhecimentos e de técnicas específicas da profissão, o enfermeiro tem também de saber e poder utilizá-los de forma adequada, isto é; no sentido do interesse da Pessoa. É necessário ter sensibilidade para com o outro de forma a ir ao encontro das suas necessidades e simultaneamente responsabilizar-se perante a Pessoa que está ao nosso cuidado. Neste sentido, a formação moral e ética dos enfermeiros deverá ter como ponto de partida os direitos humanos assim como as necessidades e os valores das pessoas. Há tendência para que os profissionais desvalorizem que, para além de um corpo hemodinamicamente instável, existe um ser inserido numa dinâmica social e familiar única. Alguém que deixou para trás os seus pertences, as suas preocupações e que vivencia uma experiência de medo, de desconhecimento do seu problema de saúde, mas onde continuam a ser inerentes as preocupações pessoais prévias ao evento. É importante que as equipas multiprofissionais o valorizem, de forma a agilizar e direcionar os cuidados para a pluralidade de necessidades da PSC.

Neste contexto, realço um episódio de uma Pessoa que deu entrada no SUC vítima de agressão por arma branca. A Pessoa vinha consciente e muito ansiosa, verbalizando insistentemente que precisava do seu telemóvel para telefonar à mãe. Na sala de reanimação, a prioridade era a estabilização da situação clínica da pessoa, motivo pelo qual, a necessidade do telefonema foi colocada para segundo plano, tendo sido dito que não podia telefonar. Na sequência da agressão, era necessário colocar uma drenagem torácica porque tinha um pneumotórax e toda a equipa multidisciplinar se dedicou ao procedimento desta técnica. Preparei o material para a drenagem do pneumotórax e tentei acalmar a Pessoa e perceber o

que se passava, pois achei que aquela ansiedade não ia ajudar a sua situação de saúde. Na conversa com a Pessoa foi-me dito que tinha o Pai em fase terminal em casa, tendo a mãe como cuidadora. Percebi que a sua grande preocupação era avisar a Mãe apenas para esta ter conhecimento que tinha dado entrada no SUC e saber como estava o Pai. Tentei acalmar a Pessoa dizendo que, queria ajudá-la e que após a colocação da drenagem e a situação estabilizar ia tentar estabelecer o contacto com a Mãe. Ficou mais calma e agradeceu a disponibilidade e ajuda prestada.

A destreza manual e mental é um fator a considerar, tendo por base uma comunicação eficaz, que facilite a triagem de informação relevante. A priorização dos cuidados é fundamental num SUC, conseqüentemente, é necessário que o enfermeiro detenha e mobilize conhecimentos técnicos e científicos de forma a dar resposta atempada. Contudo, também considero que, apesar da necessidade de agir atempadamente também é necessário não esquecer a qualidade dos cuidados que se presta. Considero ter desenvolvido e adquirido a seguinte competência *“Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”*.

Posteriormente, falei com a equipa sobre esta situação, que inicialmente não foi muito recetiva, fundamentando que era uma Pessoa recorrente no SUC. Fundamentei o meu entender e a equipa posteriormente referiu que na verdade a grande preocupação foi direcionada para a parte técnica e não deram o real valor à Pessoa, enquanto sujeito de direitos. Tal como refere Alminhas (2007, p. 60) *“cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”*.

Do ponto de vista ético, os direitos fundamentais estão associados ao princípio da dignidade da Pessoa, alicerce axiológico desses direitos. Neste sentido, haverá desrespeito ao princípio, todas as vezes que o ser humano for visto como objeto, bem como em situações de ameaça à vida e integridade física e moral do indivíduo. Por outro lado, quando há a garantia de um mínimo existencial de sobrevivência, e o respeito à autonomia da vontade, teremos a valorização desse princípio. Em contexto internacional, a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos reconhece que a identidade do indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. A inclusão do tema nas dimensões do texto da convenção demonstra que há preocupação quanto às particularidades que formam a identidade do ser humano e, assim, permite que o tema seja visto em consonância com um dos fundamentos também expressos, de que a *“sensibilidade moral”* e a reflexão ética devem ser parâmetros para resolução de questões bioéticas que surgem do

desenvolvimento da ciência. Em contexto nacional, o direito à identidade da Pessoa também é constitucional a partir da conjugação de outros princípios. De acordo com o artigo 26.º da Constituição da República Portuguesa a dignidade da Pessoa humana é direito fundante, de onde se extraem direitos, liberdades e garantias pessoais.

Segundo o nº1 do artigo 99.º da Deontologia Profissional “1- As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Isto é, segundo Vieira (2017, p.89) “ao enfermeiro pode dizer-se: Cuida de tal forma que as tuas ações preservem a dignidade e liberdade da pessoa humana”. O artigo 99º do Código Deontológico representa o “artigo ético” do articulado deontológico e isto porque expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres. Quando a Pessoa, sujeito de cuidados, entra no serviço de urgência via sala de reanimação por se encontrar numa situação de maior vulnerabilidade, muitas vezes nos limites da sua capacidade de resistência à doença que se instalou de forma mais ou menos súbita, a tendência dos profissionais de saúde é dar resposta atempadamente e promover o seu atendimento o mais rápido possível. Contudo, importa também referir que é importante acolher a Pessoa, demonstrar disponibilidade e respeito por Si, tratá-la pelo nome quando nos dirigimos a ela, muitas vezes pedir a sua colaboração no cuidado e o seu consentimento nos cuidados que planeamos de acordo com o problema e diagnóstico de enfermagem identificado, revertendo sintomas até conseguir perceber-se o contexto e a situação de instauração do seu estado de doença, pois é um princípio orientador da atividade dos enfermeiros descrito no n.º3 do artigo 99.º da Deontologia Profissional “ b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”. Sabendo que, muitas Pessoas não conhecem os seus direitos, cabe ao enfermeiro zelar pelo cumprimento dos seus deveres profissionais, que protegem os direitos das Pessoas. Tal como refere Vieira (2017, p110) “a enfermagem que se preconiza defende uma perspetiva holística da sociedade e do ser humano e afirma a sua integralidade e valor, da conceção à morte. (...) Na assunção de que os cuidados são um direito fundamental inerente à dignidade humana, afirmamos os valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade como fundamento de toda a oferta de cuidados profissionais”. Considero ter desenvolvido e adquirido várias competências: *“Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” e “Aborda*

questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”.

Outro aspeto que gostaria de considerar é as **visitas e o período de visitas existente no SUC** que, tal como já mencionei aquando da descrição do SUC, existem dois períodos (manhã e tarde) e só são permitidas duas visitas por Pessoa e apenas no sector de SO. É possível a entrada de crianças, mas só com mais de 12 anos de idade. Se a Pessoa não está internada, esta tem o direito de permanecer com um familiar /pessoa significativa, devidamente identificado.

O homem não é um ser solitário, mas sim membro integrante de uma comunidade e de uma família. O cuidar nesta perspetiva, dirige-se à Pessoa em situação crítica e aos seus familiares e não a “doentes” anónimos, sobre os quais os enfermeiros sentem o direito de atuar. Neste contexto, surge a necessidade de refletir sobre as visitas da PSC internadas no SU, que poderão ser uma mais-valia na compreensão do processo de cuidar e da forma de ser cuidado. Outro aspeto importante é possibilitar aos enfermeiros uma compreensão correta das visitas significativas para a Pessoa, de forma a proporcionarem uma relação de proximidade entre Pessoa/família/visita. Quando uma Pessoa tem de passar por um internamento, as pessoas que o acompanham até à unidade hospitalar, têm de o abandonar e somente o podem voltar a contactar no período das visitas. Segundo Sousa (2000, p. 25), “o pai, a mãe, o marido, a esposa, o filho, a filha, aquela pessoa com quem partilhamos a nossa vida todos os dias, passam a ser «visitas»”. Visitas que, segundo o regulamento interno, na maioria dos SU, estão limitadas a um curto período, e que acaba por ser o único contacto das visitas com a Pessoa nas vinte e quatro horas do dia. O internamento e o impacto da doença num membro da família afeta, de modo inequívoco, toda a unidade familiar. Quando uma Pessoa se encontra internada, qualquer que seja o contexto, verifica-se uma interrupção da interação familiar, devido, entre outros motivos, à restrição de visitas e à dificuldade de comunicação com um familiar sonolento, sedado ou confuso, o que constitui um acontecimento impulsionador de situações de crise e elevados níveis de stress na família. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para conhecer os familiares, identificar as suas necessidades e estabelecer com eles uma verdadeira relação de ajuda. É da responsabilidade do enfermeiro minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e internamento, quer na Pessoa, quer na família. O horário de visitas em vigor no SUC é na sua maioria, considerado adequado para a maioria dos profissionais de saúde. Mas... e para a maioria das Pessoas e familiares? Esta é uma questão que deveria ser ponderada e analisada. No que concerne à legislação em vigor em Portugal, as regras gerais do

acompanhamento do utente dos serviços de saúde encontram-se previstas no Capítulo III da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, lei que veio consolidar a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Esta lei aplica-se tanto ao setor privado como ao SNS, no que se refere ao acompanhamento. Assim, o direito ao acompanhamento nos serviços de urgência do SNS é reconhecido e garantido a todos os utentes o direito de acompanhamento por uma Pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.

No que se refere ao direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a Pessoas com deficiência, a Pessoas em situação de dependência e a Pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, este é igualmente expressamente reconhecido.

Caso a situação clínica não permita à Pessoa escolher livremente o acompanhante, por estar impossibilitado de o fazer de forma autónoma, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação pessoal com o utente invocados pelo acompanhante. A natureza do parentesco ou da relação pessoal não pode ser invocada para impedir o acompanhamento

No caso em que a Pessoa internada não esteja acompanhada, a administração do estabelecimento de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação.

Por outro lado, o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos, sendo que compete ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos fundamentados que impedem a continuidade do acompanhamento.

O artigo 15.º desta lei contém, igualmente, os Direitos e deveres do acompanhante. Assim, o acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções:

- a) Indicação expressa em contrário do doente;
- b) Matéria reservada por segredo clínico.

O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto da Pessoa

e determinar a sua saída do serviço, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante.

No que se refere ao acompanhamento familiar de Pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.

No entanto, o acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar.

É vedado ao acompanhante assistir a intervenções cirúrgicas a que a Pessoa internada seja submetida, bem como a tratamentos em que a sua presença seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, exceto se para tal for dada autorização pelo clínico responsável.

A lei prevê um mecanismo de cooperação entre o acompanhante e os serviços de saúde, no sentido em que os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à Pessoa internada, sem prejuízo de ter de cumprir as instruções que, lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

Por fim dizer que os estabelecimentos do SNS que disponham de SU devem proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de urgência, de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços. O direito de acompanhamento nos SU deve estar consagrado em regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação.

Mas, e afinal o que verdadeiramente acontece nas nossas instituições de saúde, quer seja no setor privado, quer seja no SNS?

Na realidade, o que acontece é que na maior parte dos hospitais restringem as visitas e não permitem a entrada e a frequência do número de visitas que os familiares/Pessoa desejariam, fixando regulamentos destinados a servir principalmente os profissionais de saúde, em detrimento das carências humanas da Pessoa. É importante encarar positivamente a ocorrência de alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto da Pessoa/familiar querido.

É nesta perspetiva que entendemos o carácter da investigação em Enfermagem, ou seja, como uma componente integrante das práticas clínicas de Enfermagem, capaz de

proporcionar à prática o substrato científico que valida, guia e enriquece os seus saberes, e contribui para a tomada de decisões fundamentadas e para o agir profissional de excelência.

A ansiedade, a angústia, o sofrimento são sentimentos comuns nas Pessoas/famílias que recorrem a um SU. Os cuidados de enfermagem devem direcionar-se para a atenuação destes sentimentos.

A Pessoa internada tem direito à visita dos seus familiares e amigos. Consagra-se, deste modo, o direito da Pessoa a ter junto de si os “entes significativos”. Esta pequena medida revela-se de extrema importância para a prestação de cuidados. Assim, o enfermeiro pode desenvolver o seu trabalho contando e promovendo com a envolvimento do ‘acompanhante’ da Pessoa em situação crítica e família e que em muito pode contribuir para o restabelecimento da saúde do seu familiar. Verifica-se uma relevante preocupação das famílias em relação ao estado de saúde do seu familiar, com esta medida permite à família estar sempre ao corrente da situação de saúde/doença da Pessoa bem como colaborar ao longo de todo o processo.

Devido às características do SU, torna-se imprescindível o despertar para a promoção dos cuidados à PSC e família, que recorre a este tipo de serviços, nomeadamente quanto à humanização dos cuidados de saúde, sensibilização e consciencialização. Depende do enfermeiro, enquanto facilitador e promotor de cuidados, contribuir de forma ativa para a mudança de procedimentos, normas e atitudes que podem em muito beneficiar a PSC e à sua família no que concerne a cuidados de saúde, bem como contribuir para ganhos em saúde significativos.

Na minha opinião é fulcral, que os cuidados de Enfermagem sejam centrados na família, prestados em parceria com esta, o que obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros, a uma alteração das políticas e da filosofia da instituição e até das próprias unidades de saúde.

Nessa perspetiva, o enfermeiro deve interagir sustentado na relação terapêutica, ajudar as Pessoas a lidarem com os desafios e com as transições, com o propósito de aumentar e/ou manter a saúde e o bem-estar e contribuir para a sua adaptação à nova situação. Considero que a presença da família durante o internamento hospitalar é essencial, uma vez que além de facilitar a recuperação da Pessoa e tornar o ambiente hospitalar mais confortável, a família viabiliza a prestação de cuidados mais individualizados e qualificados, estreitando as relações da tríade, enfermeiro-Pessoa-família, tornando as ações mais eficazes. Segundo Cerqueira (2005, p.38) “havendo uma parceria doente/família/equipas de saúde, consegue-se que haja humanização dos cuidados de saúde”. Assim sendo, do meu ponto de vista, não

faz sentido existir um horário para visitar um familiar que esteja internado, qualquer que seja o serviço/unidade onde este se encontre. Creio que este é um direito que está subjacente ao respeito pela Pessoa. Baseia-se no facto de que cada Pessoa é um ser moral e racional que merece ser tratado com dignidade, independentemente da sua condição de saúde.

Considero que ainda há muito por fazer sobre esta temática, uma vez que muitos profissionais de saúde são da opinião que todas as instituições têm e devem ter regras bem definidas sobre o horário de visitas e estas têm de ser cumpridas e respeitadas, independentemente do contexto da Pessoa e família.

Deixo algumas questões que gostaria de refletir:

- Será que temos receio de mostrar o que fazemos?
- Não seria esta uma oportunidade de mostrarmos aos Outros o que somos e o que fazemos, enquanto enfermeiros?

Considero ter adquirido as competências “*Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica*”; e “*Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada*”.

Em relação ao terceiro e último objetivo específico:

Promover as boas práticas no âmbito do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, no serviço de urgência central.

A opção de fazer referência a esta problemática no SUC decorreu na evidência científica exposta na literatura. A aspiração endotraqueal é um procedimento que visa manter as vias aéreas permeáveis, removendo, de forma mecânica, secreções pulmonares acumuladas, em especial, em pacientes com via aérea artificial (American Association for Respiratory Care, 2010). O adequado manuseamento da via aérea tem impacto direto no prognóstico da PSC, incluindo diminuição da morbimortalidade, do tempo de internamento e dos custos hospitalares associados (Bambi, S. et. al, 2016). Apesar de ser considerado, muitas vezes, como um procedimento necessário, está associado a diversas complicações tais como, lesão da mucosa traqueal, dor, desconforto, infeção, alteração dos parâmetros hemodinâmicos e dos gases arteriais, broncoconstrição, atelectasia, aumento da pressão intracraniana, alterações do fluxo cerebral, entre outros (Favretto, D. et. al, 2012).

Neste sentido, considerando a complexidade deste procedimento, a avaliação prévia da necessidade de aspiração torna-se indispensável, uma vez que, tratando-se de um procedimento invasivo e complexo deve ser realizado apenas de acordo com indicação criteriosa e não de forma rotineira. Assim, é importante que o enfermeiro tenha

conhecimento baseado em evidência científica sobre os diferentes métodos e aspetos relacionados com a aspiração endotraqueal.

A atividade que considerei fundamental para o sucesso deste objetivo foi a *Scoping Review* que efetuei. Ao efetuar esta *Scoping Review* fiquei com um conhecimento mais consolidado e mais sólido, de modo a fundamentar a minha prática clínica, numa perspetiva avançada de enfermagem. De salientar que, esta *Scoping Review* está apresentada neste relatório e introduz e enquadra o contexto teórico do mesmo.

Neste sentido, sempre que cuidei de Pessoas submetidas a VMI, tive sempre em mente transmitir os meus conhecimentos à equipa, no sentido de promover as boas práticas de cuidados especializados à PSC relacionados com a aspiração de secreções brônquicas.

Efetivamente, a sala de reanimação é o único local do SUC onde existem Pessoas submetidas a VMI e ainda assim, preconiza-se ser por um curto período, até serem transferidas para as várias unidades de cuidados intensivos existentes no hospital, de acordo com a situação. Contudo, por falta de vagas nas unidades de cuidados intensivos, por diversas vezes, cuidei de Pessoas submetidas a VMI na sala de reanimação por um período superior ao desejado. Assim, tive a possibilidade de, em equipa, partilhar a minha experiência e o meu saber, baseado na evidência científica sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada. A partilha de conhecimento é um caminho que permite, enquanto equipa multidisciplinar, desenvolver competências e melhorar práticas (Papp, Markkanen, & von Bonsdorff, 2003).

De uma forma geral, a equipa não estava muito sensibilizada para esta temática. Contudo, ao longo do estágio fui gradualmente introduzindo, nas várias equipas por onde passei e, sempre que pertinente, as boas práticas deste procedimento, através da minha prática, baseada na evidência científica. Considero que desenvolvi as competências “*Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas*”; “*Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*” e “*Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”.

2.3 BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

O estágio no BOC desenvolveu-se no período de 12 de novembro a 13 de janeiro de 2019 e teve a duração de 180 horas de contacto.

A escolha deste campo de estágio teve a ver com o conhecimento prévio que detinha sobre a excelente dinâmica e prestação de cuidados de saúde diferenciados que este bloco promove à população da sua área de influência. Uma vez que se trata de um BOC, pertencente a um CHL, com uma área de influência abrangente, proporcionava-me condições para atingir os meus objetivos e consequentemente desenvolver e adquirir competências inerentes á minha área de especialização. Este CHL é constituído por várias unidades hospitalares com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.

Concretamente o BOC onde desenvolvi o meu estágio, é constituído por uma equipa de enfermagem composta por oitenta e sete enfermeiros, contabilizando com o enfermeiro chefe. Os enfermeiros estão distribuídos por seis equipas de enfermagem: Uma das equipas pratica horário fixo e as outras cinco equipas praticam horário rotativo. As equipas de enfermagem que praticam horário rotativo são constituídas por uma média de oito enfermeiros cada, e por dois assistentes operacionais. A equipa de enfermagem que pratica horário fixo tem cerca de trinta enfermeiros. O BOC está situado em dois pisos do hospital (pisos 2 e 3) e dispõe de um total de oito salas operatórias e duas UCPA. O piso 2 tem seis salas operatórias e uma unidade de cuidados pós anestésicos. O piso 3 tem duas salas operatórias e uma UCPA. Para assegurar a urgência do BOC, apenas funciona o piso 2 com duas salas de operações e uma UCPA, com a equipa de enfermagem de urgência constituída por uma média de oito elementos (contando com o enfermeiro chefe de equipa). A cada sala é atribuída uma equipa de enfermagem constituída por três enfermeiros (o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista). Na UCPA está sempre um enfermeiro alocado. Assim, o enfermeiro chefe de equipa não fica em nenhuma área específica, permitindo-lhe ter uma perceção global das necessidades do serviço ao longo do turno desenvolvendo as suas funções no sentido de as colmatar, não deixando, contudo, de efetuar cuidados diretos à Pessoa nas quatro áreas funcionais, sempre que seja pertinente. Uma vez que fiz horário rotativo e pertencia a uma equipa de urgência, desenvolvi o meu percurso no piso 2. As especialidades cirúrgicas mais frequentes são a Urologia, a Plástica, a Maxilo-Facial, a Neurocirurgia e a Ortopedia/Traumatologia.

Falar de BO só faz sentido se inserido em contexto hospitalar, a par de uma política organizacional direcionada pela missão e objetivos organizacionais. Segundo a AESOP (2012, p. 20) “o bloco operatório é definido como uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

A prática dos cuidados de enfermagem no bloco operatório define-se como sendo o conjunto de ações de enfermagem conducentes à avaliação das necessidades da Pessoa, identificação dos diagnósticos de enfermagem e à resolução dos mesmos, ao nível do pré, intra e pós-operatório.

Nesta perspetiva, defini como **objetivo geral** para este estágio:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, no período perioperatório.

E como **objetivo específico**:

- Acompanhar o circuito da Pessoa em situação crítica nas quatro funções do enfermeiro perioperatório: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro na unidade de cuidados pós anestésicos.

1 - Desenvolver competências como enfermeira de anestesia;

2 - Desenvolver competências como enfermeira circulante;

3 - Desenvolver competências como enfermeira instrumentista;

4 - Desenvolver competências como enfermeira na unidade de cuidados pós anestésicos.

Para a consecução dos objetivos supramencionados procurei desenvolver uma prática baseada na evidência e orientada para a Pessoa tendo assumido sempre uma atitude ética e deontológica adequada, não só quando cuidava da Pessoa, mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas quatro áreas funcionais do enfermeiro (anestesia, circulação, instrumentação e UCPA) no contexto de enfermagem perioperatória é fundamental para a qualidade dos cuidados, permitindo uma maior compreensão da dimensão da Pessoa. Qualquer uma das funções do enfermeiro perioperatório é essencial e com idêntica relevância, em que o todo completa, dá continuidade e otimiza os benefícios de uma enfermagem perioperatória centrada na Pessoa e na qualidade e segurança dos cuidados.

Segundo a AESOP (2012, p.10) “o bloco operatório é, e sempre foi, um local, para muitos, rodeado de um certo misticismo. É aí que muitas doenças são curadas, onde se nasce e por vezes também se morre, onde se fica amputado de um pedaço do corpo e também de um pedaço de vida”. Efetivamente, dada a especificidade e complexidade, o bloco operatório constitui uma ameaça à Pessoa na sua identidade, particularmente nas intervenções cirúrgicas de urgência que significam para o indivíduo modificações dos seus hábitos de vida, no sentimento de si e da sua autonomia, tornando assim o processo mais complexo. O facto de ficarem desprovidos das suas roupas e modificados no seu aspeto, fá-los sentir que perderam a sua identidade, para além de aumentar a sua fragilidade e de os tornar mais sensíveis e vulneráveis.

A valorização por uma abordagem holística ao cuidar de todas as Pessoas, saudáveis ou doentes, vai ao encontro da essência da teoria de Myra Estrin Levine que entende que o ser humano deve ser visto no todo, o que leva o indivíduo a um ser complexo que é dependente da sua relação com os outros e as dimensões dessa dependência estão relacionadas com os quatro princípios de conservação e esta dependência existe em todas as passagens da sua existência. (Tomey, A. & Alligood, M. 2004).

Quando num determinado momento da vida a Pessoa passa da condição de saudável para a condição de doente, onde o restabelecimento da sua saúde requer uma intervenção cirúrgica, desenvolve-se um conjunto de sentimentos e ações que o levam a abandonar o papel que desempenhava nos meios social e familiar. Muitas vezes surge a dificuldade em encarar o seu novo papel e a própria situação. Significa então que, por um determinado período o papel que este desempenha na sociedade e na família é delegado em terceiros, deixando assim de conseguir poder tomar decisões. Exemplo do exposto é o momento em que a Pessoa dá entrada num bloco operatório, altura em que o medo do desconhecido, a insegurança e a consciência da dependência dos outros, passam a ser sentimentos reais. Todos estes sentimentos causam angústia e um sofrimento que tem de ser atenuado por quem tem competências, quem o acolhe e o admite, os enfermeiros.

Segundo a AESOP (2012, p.107)” a enfermagem perioperatória é definida como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades da Pessoa a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”. Ao considerar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o enfermeiro perioperatório utiliza para prestar cuidados, é fundamental, de acordo com

a AESOP (2012, p.107) “dar visibilidade a esses instrumentos do cuidar, os quais correspondem ao saber, ao saber fazer e ao saber ser ou estar da especificidade perioperatória e por isso mesmo, dão uma outra dimensão ao cuidar, a qual não se limita ao momento cirúrgico, mas que atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente”. Segundo a EORNA citado pela AESOP (2012, p.7) “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória”. Esta filosofia defende que a conceptualização da função do enfermeiro perioperatório é segundo a AORN citado pela AESOP (2012, p.6) “identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de Enfermagem, baseadas no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia”.

A enfermagem perioperatória e conseqüentemente o enfermeiro perioperatório evoluiu gradativamente na arte do cuidar, deixando de ser considerado como meramente tecnicista. Acredita na necessidade de acompanhar a evolução tecnológica e científica nas preocupa-se cada vez mais com a Pessoa, colocando-a no centro da sua atenção. O enfermeiro perioperatório tem responsabilidades acrescidas no desenrolar das suas atividades: avalia e identifica situações de risco, atua de acordo com padrões de segurança e qualidade, cuidando da Pessoa de forma global, perspetivando a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados perioperatórios. Segundo a AESOP (2012, p. 108) “o papel do enfermeiro perioperatório pode ser descrito como o conjunto das atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar. As que se relacionam com os diferentes itens da relação de ajuda, nomeadamente: a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta, a escuta ativa, o silêncio, o saber colocar-se no lugar do outro, a assertividade, a unicidade do doente, o encorajamento, a “advocacia”, a motivação e estímulo, entre outros, embora não sejam observáveis nem mensuráveis no imediato, refletem-se no cuidar do doente, na forma como são ajudados a ultrapassar a situação de crise que vivenciam e na satisfação e conforto que verbalizam pelos cuidados prestados”.

Assim, irei fazer uma breve abordagem às quatro áreas funcionais do enfermeiro perioperatório de modo a dar visibilidade ao desenvolvimento das competências a que me propus, enquanto enfermeira de anestesia, enfermeira circulante, enfermeira instrumentista e enfermeira de UCPA. Considero que o enfermeiro perioperatório tem um papel

fundamental na promoção de um ambiente seguro à Pessoa que vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica, que, pela sua condição de saúde, se encontra numa situação de fragilidade física e psíquica. Neste sentido, pretendo trazer uma mais valia para a prática de Enfermagem e para a PSC que necessita de cuidados de enfermagem especializados. Os cuidados de enfermagem especializados são cuidados de qualidade e excelência cuja finalidade é promover a qualidade de vida das Pessoas que deles necessitam.

Saliento o facto de já ter sido Responsável Técnica do Departamento Health Care de uma multinacional americana onde desenvolvi atividades formativas para profissionais de saúde em blocos operatórios sobre cobertura cirúrgica; segurança e eletrocirurgia, prevenção da infeção da ferida cirúrgica, manutenção da normotermia no perioperatório, pelo que, considero já ter adquirido algumas competências em Enfermagem perioperatória. Considero que esta experiência foi uma mais valia para o desenvolvimento das competências de EE com EEMC, na PSC. Contudo, tive necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica sobre a prática dos cuidados perioperatórios assim como sobre as recomendações de boas práticas. Desenvolvi a competência: *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*.

O enfermeiro de anestesia deve entender a área de enfermagem de anestesia como um campo distinto, mas em complementaridade com as outras áreas funcionais. Importa referir que o enfermeiro de anestesia, em colaboração com o anestesiológico, é responsável pela Pessoa, numa fase de grande dependência, sendo necessário manter uma observação e vigilância hemodinâmica, ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir e saber atuar em situações de urgência e emergência. Tive oportunidade de participar no ato anestésico, em equipa com o anestesiológico, de acordo com a técnica anestésica, em diferentes especialidades cirúrgicas. Adquiri as competências *“Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”* e *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

Segundo a AESOP (2012, p. 114), “um dos objetivos da atuação do enfermeiro de anestesia é assegurar a permeabilidade das vias aéreas”. Este objetivo está em consonância com a aspiração endotraqueal que é um procedimento que visa manter as vias aéreas permeáveis, através da remoção, de forma mecânica, de secreções pulmonares acumuladas, em especial em pacientes com via aérea artificial (AARC, 2010). Na sua maioria, a Pessoa submetida a uma cirurgia, nomeadamente em cirurgias major, fica com uma via aérea

artificial, ou seja, submetida a VMI, pelo que, tive sempre em mente as boas práticas associadas aos procedimentos de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada.

Neste sentido, a avaliação prévia da necessidade de aspiração endotraqueal torna-se indispensável. Tendo efetuado uma *Scoping Review* sobre a temática do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta submetida a VMI, permitiu-me em diversas situações fundamentar a minha prática baseada na evidência científica. Neste sentido, tive oportunidade de partilhar, de uma forma informal, o meu conhecimento em equipa multidisciplinar, em especial com os enfermeiros de anestesia e os anestesiológicos. Considero ter desenvolvido as competências” *Incorpora na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*” e *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”*.

Uma das funções que considero ser do enfermeiro de anestesia é efetuar a visita pré-operatória, que neste estágio não tive oportunidade de fazer uma vez que, não tínhamos um plano cirúrgico tal como existe nas cirurgias eletivas, dado que, as cirurgias eram de urgência ou emergência e conseqüentemente, não programadas.

Outra das funções que considero ser fundamental do enfermeiro de anestesia e que tive oportunidade de fazer foi o acolhimento à Pessoa. O acolhimento é um momento único e por isso privilegiado, pois inicia-se um processo de inter-relação entre enfermeiro-pessoa, em que a comunicação é um elemento fundamental. Sendo um momento único é também crucial e determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação da Pessoa à sua nova situação. A forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da Pessoa a acolher, tendo em conta a sua individualidade. O acolhimento tem como finalidade, por um lado, ajudar a Pessoa e família a eliminar sentimentos negativos que possam surgir e, por outro lado, permitir aos enfermeiros dar informações sobre questões que os preocupam, bem como sobre aspetos da organização da instituição e do serviço que deve conhecer para se sentir seguro. Segundo Vilagrasa (1991, p.24) “o acolhimento do doente deve revestir-se de alguns pressupostos: saber o que representa para o doente ter um problema de saúde que motive o internamento; estabelecer uma comunicação e relação com a pessoa e família de acordo com as suas necessidades; ajudar o doente e família a enfrentar uma nova situação; identificar os processos operativos que se devem iniciar desde a admissão, com a finalidade de melhorar as relações com os grupos profissionais e a gestão dos recursos humanos e valorizar as necessidades de cuidados

básicos do doente”. Desta forma, e de acordo com os propósitos enunciados, o acolhimento que se deve proporcionar à Pessoa, implica um atendimento que considere a Pessoa de uma forma holística, nas suas componentes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, encarando o doente como uma Pessoa.

Nesta perspetiva, torna-se importante que se estabeleça uma relação com a Pessoa e família, criando-se espaços onde se possa iniciar o trajeto para a sua recuperação, manutenção ou promoção de hábitos de vida saudáveis. No processo de acolhimento, o comportamento dos profissionais, em particular do enfermeiro de anestesia, é decisivo para que a Pessoa se sinta segura e confiante.

Em contexto de bloco operatório, entende-se a importância de saber interpretar toda a expressão verbal e não verbal da Pessoa, assim como, mostrar disponibilidade para responder a questões, saber analisar o impacto que a doença e a cirurgia, com conseqüente internamento, poderão vir a causar à Pessoa e compreender as repercussões que daí poderão advir, quer a nível pessoal, quer a nível familiar. É da responsabilidade do enfermeiro procurar ultrapassar barreiras, que dificultem um bom acolhimento, de forma a proporcionar à Pessoa uma boa adaptação. Segundo Tomey, A. & Alligood, M. (2004, p. 239) “os processos de adaptação estabelecem uma economia de corpo para salvaguardar a estabilidade individual. O efeito da adaptação é a conservação”. (...) “a adaptação é um processo de mudança através do qual o individuo retém a sua integridade dentro das realidades do seu ambiente interno e externo”. A conservação é o resultado”. Em conformidade com as competências “*Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica*” e “*Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica*”.

O enfermeiro circulante deverá ter os conhecimentos e as competências que lhe permitam ser um gestor da sala de operações e o garante da segurança da Pessoa e de toda a equipa. Assim, o enfermeiro circulante desenvolve um conjunto de atividades para dar resposta às reais necessidades da equipa multidisciplinar e à Pessoa, de forma a obter a excelência dos cuidados. Segundo a AESOP (2012, p.129) “o enfermeiro circulante atua como líder da equipa na sala de operações, coordena todas as atividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados durante o período perioperatório”. A rentabilização das salas operatórias está também implícita na responsabilidade do enfermeiro circulante, uma vez que, consegue gerir os tempos e os contactos com o exterior de forma a agilizar os “tempos mortos”. Isto é muito importante em todas as cirurgias, mas por vezes é essencial

nas cirurgias eletivas, tendo sempre em mente o não cancelamento de tempos cirúrgicos. Tal como refere a AESOP (2012, p.129) “ser enfermeiro circulante é na realidade um mistério para ser vivido a cada momento, entre um conhecimento adquirido, científico, técnico e em constante mudança pelo avanço da ciência e da tecnologia, sendo-lhe exigido uma evolução permanente e uma avaliação constante da qualidade dos cuidados prestados”.

As orientações relativas às atribuições do Enfermeiro Circulante de acordo com a OE (2004, p.1) são: “identificar as necessidades individuais do doente, em contexto peri-operatório, e intervir em conformidade; planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as atividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes; gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional; controlar o tempo (turnover), garantindo que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes; controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do ato cirúrgico e providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correta funcionalidade”.

Durante a maior parte do estágio estive como enfermeira circulante, uma vez que, as funções de enfermeira de anestesia e enfermeira da UCPA ficaram consolidadas, em parte, pela minha experiência profissional. Efetuei os registos de forma manual e em todas as cirurgias procedia-se ao registo da utilização da “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”. Adquiri a competência “*Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*” e *Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*”.

Ser enfermeiro circulante exige competências na área perioperatória, atualizadas, uma vez que, a ciência e a tecnologia se encontram em constante inovação. Tive oportunidade de tomar conhecimento sobre o equipamento específico para cirurgias laparoscópicas, assim como, do equipamento específico para cirurgias de ortopedia/traumatologia - fixadores externos e da utilização de garrotes pneumáticos. Colaborei no posicionamento da Pessoa de acordo com a cirurgia, colaborei na colocação das mesas cirúrgicas e disponibilizei o material necessário para a intervenção cirúrgica. Fiz a contagem de compressas cirúrgicas, corto-perfurantes e instrumentos, em conjunto com a enfermeira instrumentista e validei com o cirurgião e documentei em forma de registo, segundo o protocolo do BOC. Verifiquei a funcionalidade dos equipamentos de acordo com a cirurgia. Preparei o carro de circulação de acordo com o procedimento cirúrgico tendo sempre em atenção a ordem pela qual disponibilizava-os à enfermeira instrumentista. Como enfermeira circulante houve algumas

funções que já tinha efetuado nomeadamente colocar a placa de eletrocirurgia, apoiar o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestirem-se com roupa estéril e conectar alguns materiais estéreis a unidades não estéreis (unidade de eletrocirurgia e respetivos cabos e aspiradores com os respetivos tubos de aspiração). Adquiri as competências *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*; e *“Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”*.

Um aspeto que considero importante e que ainda não se efetua no BOC é a triagem dos resíduos hospitalares. Esta é uma das responsabilidades de toda a equipa, mas em especial do enfermeiro circulante. Existe em cada sala operatória sacos/contentores, mas ainda não há uma seleção dos materiais. Neste momento existe um grupo de enfermeiros a trabalhar nesse sentido.

Considero que a função do enfermeiro circulante constitui um desafio constante, uma vez que, tem que ter simultaneamente a rapidez e a tranquilidade para saber atuar atempadamente e de acordo com as exigências /necessidades da cirurgia e de conseguir manter um ambiente calmo e seguro na sala de operações. É fundamental que a equipa se conheça e que haja confiança entre os diferentes profissionais pois muitas das vezes com um simples olhar percebe-se o que se passa. Desenvolvi as competências *“Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”*; *“Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”* e *Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

O enfermeiro instrumentista é muitas das vezes considerado como um técnico. Contudo, a perspetiva do cuidar está na base de todos os cuidados, mesmo aqueles que aparentemente se situam numa área ao nível do saber fazer e da operacionalização. A Pessoa, sujeito de cuidados, está vulnerável e necessita de cuidados específicos, globais e holísticos. O cuidador terá sempre que ser alguém com competências relacionais, técnicas e científicas especializadas e habilitado a prestar cuidados diferenciados. Assim, segundo a AESOP (2012, p.139) *“o enfermeiro instrumentista deve compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios”* (...) é sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa”. O principal objetivo do enfermeiro instrumentista é cumprir e fazer

cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica, ou seja, prevenir, reduzir e eliminar o risco de infecção operatória.

Dada a limitação em termos de tempo de estágio e pelo facto de estar numa equipa de urgência, cujo as cirurgias não eram programadas, não tive oportunidade de preparar uma mesa para uma herniorrafia, de acordo com o que inicialmente tinha planeado. Contudo, desenvolvi competências em algumas funções consideradas básicas e essenciais para um enfermeiro instrumentista. Exemplos disto são, a desinfeção cirúrgica das mãos, o vestir a bata e a colocação de luvas cirúrgicas (método assistido e método fechado), de acordo com as práticas recomendadas, colocação do instrumental na mesa cirúrgica numa sequência lógica: Corte; Preensão e Sutura. A colocação do instrumental na mesa cirúrgica é importante porque, para além do aspeto funcional, cada instrumento deve ocupar um lugar específico na mesa, evitando quer a desordem, quer a danificação do instrumental durante a sua manipulação. Isto é, manter a organização da mesa de instrumentação. Desenvolvi a competência *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”*.

Tomei conhecimento de algum instrumental cirúrgico específico para determinadas cirurgias e fiz parte da equipa estéril, em conjunto com a enfermeira orientadora, em três especialidades cirurgias distintas: Cirurgia Geral; Cirurgia Vascular; e Cirurgia Ortopédica/Trauma. Tive oportunidade de ver a passagem do instrumental ao cirurgião, de forma a ser o mais funcional possível. Apercebi-me da necessidade da antecipação de passos considerados fundamentais numa intervenção cirúrgica e da importância de realizar corretamente e em tempo útil a passagem de instrumentos cirúrgicos. Colaborei em conjunto com a enfermeira orientadora e o cirurgião, na colocação e remoção dos campos cirúrgicos. Efetuei o penso operatório de acordo com as normas de assepsia. Considero que o papel preponderante da enfermeira instrumentista é a prevenção e o controlo de infeção da ferida operatória, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos. De acordo com a AESOP (2012, p.52) “prevenir a infeção do local cirúrgico passa pelo rigor profissional, individual e coletivo e por um desempenho correto de toda a equipa de saúde, que não deve facilitar no mais pequeno dos pormenores durante o processo cirúrgico”. Todos os procedimentos e técnicas realizados em ambiente perioperatório visam o controlo da infeção, a segurança e o conforto da PSC e dos profissionais de saúde. Desenvolvi as competências *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”* e *“Avalia a*

adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”.

Desenvolvi a “consciência cirúrgica”, que segundo a AESOP (2012, p.109) “a consciência cirúrgica representa um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado”. Segundo o Anexo IV do Regulamento nº 429 (2018, p. 19366) “a Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável”. Em conformidade com as competências *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” e “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”.*

O enfermeiro da unidade de cuidados pós-anestésicos é responsável pelo acolhimento da pessoa na UCPA e por promover a segurança e o conforto no período pós-operatório. Segundo a AESOP (2012, p.160) “o seu trabalho desenvolve-se aos três níveis de prevenção, investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico cirúrgicas, na deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto”. Nos cuidados pós anestésicos, saliento a importância do papel do enfermeiro, cujos cuidados nesta fase assentam em dois pilares fundamentais: por um lado, na promoção da segurança e, por outro, nas medidas para aumentar o conforto e o bem-estar da Pessoa. Este é considerado um período crítico e de grande vulnerabilidade, uma vez que existe a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia.

Neste sentido, realizei o acolhimento da Pessoa na UCPA; elaborei um plano de intervenção em função das necessidades identificadas; monitorizei e registei a recuperação da anestesia, os parâmetros vitais, alterações cardiocirculatórias e neurológicas, pensos e drenagens. Avaliei, monitorizei e geri a dor da Pessoa, preparei a transferência da Pessoa para a enfermaria, comunicando/transmitindo ao enfermeiro que o acolheu, as informações relativas à continuidade dos cuidados. Desenvolvi as competências *“Demonstra um nível de*

aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização” e “Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”.

Os registos são efetuados manualmente em folha própria. Assim, existe uma “folha de registos” específica na UCPA. Esta folha contempla o registo da “escala da Dor”; “Escala de Glasgow”, “Avaliação de Sinais Vitais”; “Recuperação da anestesia”; Escala de Aldrete”. De acordo com a AESOP (2012, p. 169) “a folha de registos de enfermagem desta unidade deverá ser o reflexo da evolução do doente desde a sua saída da sala de operações até ao momento da transferência para o serviço de internamento”. A escala de Aldrete presente na folha de registo da UCPA constitui um instrumento que contribui para uma avaliação sistematizada no que concerne ao grau de recuperação pós anestésica com base em cinco indicadores: atividade muscular, respiração, circulação, estado de consciência e coloração da pele e mucosas. Cada indicador tem três níveis (0, 1 e 2) podendo o score final variar entre 0 e 10. Esta escala também constitui um indicador para avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem. Segundo a AESOP (2012, p. 167) “score ótimo (10) – o doente pode ser transferido da unidade quando atinge um score de 8, 9 ou 10. No entanto, deve ser utilizado algum bom senso na avaliação tendo em conta que esta não é falível”.

Não existem normas rígidas para a permanência da Pessoa na UCPA. Contudo, a Pessoa permanece pelo menos entre uma a duas horas, de acordo com a sua situação. Em relação à decisão da alta /transferência da Pessoa, esta é sempre uma decisão do anestesiológico. Contudo, para a tomada de decisão, é de extrema importância a vigilância realizada e transmitida pelo enfermeiro da UCPA durante a estadia da Pessoa. Saliento a importância da comunicação/transmissão de informação aquando da transferência da Pessoa para outra unidade de cuidados de modo a manter a continuidade dos cuidados especializados e que se quer de excelência. Adquiri as competências *“Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”*; *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* e *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*.

Durante o período de estágio no BOC integrei a Comissão Organizadora do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, organizado pela Escola de enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo I). Considero ter sido uma experiência enriquecedora, embora na minha experiência profissional, já ter feito parte da comissão organizadora de umas Jornadas de Enfermagem a nível hospitalar. Contudo,

não foi em contexto académico. Adquiri as competências *“Mantém de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* e *“Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*.

Estive presente, como formanda no evento científico - I Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, organizado pela Escola de enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo II). Desenvolvi as competências *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica”*.

2.4 AVALIAÇÃO GLOBAL DOS ESTÁGIOS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

O processo formativo inerente ao EE com EEMC na PSC e em simultâneo com o grau de Mestre, promove “saber” e contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional com reflexo na prática, com cuidados especializados e de excelência. Na investigação, saliento a reflexão na e sobre a minha prática, que permitiu, ao identificar necessidades de formação, desenvolver estratégias que possibilitaram o colmatar de lacunas e impulsionar a visão do EE com EEMC na PSC.

Saliento o facto de, durante este percurso formativo, tive a possibilidade de partilhar o conhecimento baseado na evidência científica sobre a importância do procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, motivo pelo qual efetuei uma comunicação livre num evento científico - 1^{as} Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Anexo IV). De igual forma, participei como formanda neste evento científico, durante dois dias (Anexo III). Considero ter adquirido as competências: *“Mantém de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; “Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”*; *“Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”*; *“Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica”* e *Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”*.

Importa ressaltar que o percurso de especialização foi constituído por momentos de desenvolvimento e aquisição de competências teóricas, científicas, técnicas, éticas e relacionais, promovendo o espírito crítico e a reflexão em instrumentos necessários ao desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão, suportada em evidência própria que lhe confere identidade e rigor enquanto ciência e disciplina.

Dadas as mudanças que se assistem na Enfermagem, considero de extrema importância debater e refletir de forma alargada as questões centrais dos cuidados de enfermagem; da visibilidade desses mesmos cuidados, que se quer de qualidade e excelência, através da humanização e do respeito pelo Outro, sujeito de cuidados. Compreender a experiência do outro perante a doença grave deve constituir uma prioridade do EE, num sentido crítico, flexível e com base no respeito pela dignidade da Pessoa humana.

3. CONCLUSÃO

Este relatório, referente à UC “Estágio Final e Relatório”, foi realizado com o objetivo de espelhar o percurso de desenvolvimento de competências ao longo do Mestrado em Enfermagem com EEMC à PSC. O mesmo foi realizado com base num processo reflexivo e analítico, onde descrevi de forma clara e concisa, o impacto dos estágios, ao nível do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, do pensamento crítico e da mobilização dos conhecimentos pré-existentes, associando-lhe os apreendidos neste novo percurso formativo, para obtenção do título de EE com EEMC na PSC e em simultâneo do grau de Mestre em Enfermagem.

Ao longo deste relatório fiz uma comparação das atividades realizadas e planeadas com o perfil de competências específicas do EE com EEMC na PSC, de acordo com as competências referenciadas no instrumento de avaliação do Estágio Final e Relatório da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa que estão delineadas à luz das competências do Regulamento nº 429/2018 publicado em Diário da República, 2ª série – Nº 135-16 de julho de 2018.

As escolhas dos locais de estágio constituíram-se como fatores facilitadores, que me ofereceram oportunidades para o desenvolvimento de competências e para a concretização dos objetivos delineados.

Considero também que a minha experiência pessoal e profissional anterior, foi um fator facilitador para o desenvolvimento e aquisição de competências de EE com EEMC na PSC neste percurso formativo.

Saliento as reflexões efetuadas em equipa no SUC sobre o respeito pela identidade da pessoa humana e a promoção das boas práticas no âmbito do procedimento da aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, baseada na evidência científica.

No BOC realço as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos e mobilizados nas quatro áreas funcionais do enfermeiro perioperatório, com ênfase no enfermeiro circulante, assim como, a partilha de conhecimento, baseado em evidência, na equipa multidisciplinar, em especial com os enfermeiros de anestesia e os anestesiólogos sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada.

De referir também, a dificuldade sentida na conciliação entre o meu horário laboral com o horário e as atividades necessárias durante a realização dos estágios.

Contudo, considero ter atingido os objetivos a que me propus, tendo desenvolvido cuidados de Enfermagem com diferenciação técnica, científica e relacional, demonstrando responsabilidade, ética e julgamento clínico na tomada de decisão. Estou convicta de que este percurso não se prevê estático, rígido e acabado, mas antes dinâmico, flexível, evolutivo e inacabado.

Ao longo do meu percurso formativo, não posso deixar de destacar a defesa da dignidade da Pessoa humana, numa abordagem holística, constituindo-se como o fio condutor de todos os momentos de aprendizagem nos diferentes contextos, e fundamentação do meu agir e da minha tomada de decisão em Enfermagem. Segundo Deodato (2008, p.39) “a titularidade dos direitos humanos, dimensão essencial da dignidade humana, exterioriza-se em cada um, através do seu exercício pelo reconhecimento e respeito pelos outros. Quando consideramos o reconhecimento dos direitos de cada pessoa, no respeito pela sua dignidade, estamos a apelar ao papel que o outro desempenha nesse reconhecimento, já que o exercício dos direitos humanos se desenvolve na vida comunitária”.

Da dignidade da Pessoa humana advém o reconhecimento da autonomia de cada um para delinear os seus objetivos e propósitos de vida, sem outros limites a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia. A dimensão pessoal postula o valor da Pessoa e exige o respeito incondicional da sua dignidade. Tal como refere Nunes (2011, p.59) “o problema (já) não é, hoje, se existe dignidade da pessoa humana mas como se lida com estruturas, processos ou procedimentos que não salvaguardam suficientemente essa mesma (e indiscutível) dignidade”.

Dado o meu interesse pelo tema, pretendo realizar uma investigação sobre a temática da dignidade da Pessoa humana. De referir que, nas sessões que tive de orientação tutorial, concordámos continuar a desenvolver esta temática, numa outra fase de ciclo de estudos – Doutoramento em Enfermagem, que perspetivo, a curto prazo, constituindo assim, a minha próxima etapa a nível profissional.

O investimento contínuo no processo formativo e a procura de novos desafios permite um cuidar cada vez mais especializado, abrangente e responsável. Neste contexto, participei em dois eventos científicos: No I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia” e nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Monte da Caparica - Almada).

Integrei a Comissão Organizadora do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, organizado pela Escola de enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa.

E, no sentido de partilhar o meu conhecimento baseado em evidência científica, efetuei uma comunicação livre subordinada ao tema “A aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos – Protocolo de *Scoping Review*”, no evento científico: 1^{as} Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Monte da Caparica – Almada).

No final deste percurso assumo que sou uma pessoa e profissional diferente, mais atenta, crítica e com motivação para investir cada vez mais na investigação da experiência da PSC como um importante instrumento de compreensão das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados que se pretende de excelência.

O Homem procura a construção da vida na busca de um ideal, na tentativa de dar sentido à sua vida, pelo que, é um ser que procura e tende para a autorrealização. Esta realização no trabalho passa por se encontrar um sentido naquilo que se faz e nesta perspetiva, este relatório tem para mim o mesmo nível de importância. Assim, ao realizar este relatório tentei de igual modo, dar sentido ao que faço e ao que ainda pretendo fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (3.^a ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Alfarrobinha, C., Pedro, N., Moutinho de Oliveira, P., Nobre, T., & Ferreira de Matos, T. (2013). Controlo da dor no doente inconsciente – revisão sistemática da literatura. *Nursing Magazine Digital*, 289(26), 1–17. Acedido em 3/3/2018. Disponível em <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalinspdf/singles/controlo-da-dor-no-doente-inconsciente-revisao-sistemica-daliteratura>.
- Almeida, D. (2014). A humanização dos cuidados em saúde: Ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23 (3).
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Nursing*, 75, 57-60.
- American Association for Respiratory Care (2010). AARC clinical practice guidelines: Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55 (6), 758-764.
- American Heart Association. (2015). Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC. 1-36. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-GuidelinesHighlights-English.pdf> .
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington (DC): APA.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2010). *Práticas recomendadas para bloco operatório*. Lisboa, Portugal: Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (M. J. D. Pinheiro, Rev.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Association of periOperative Registered Nurses (2015). *Guidelines for perioperative practice: 2015 edition*. Denver, E.U.A.: AORN, Inc.

- Bambi, S., Canesi, M., Fumagalli, R., Lucchini, A. & Robustelli, G. (2016). An Association Between Pain and American Association of Respiratory Care 2010 Guidelines During Tracheal Suctioning. Prospective observational study. Educational Dimension September/October 2016. DOI: 10.1097/dcc.0000000000000200.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala “Behavioral Pain Scale: Intubated Patient” (BPS-IP/PT). *Referência, 3.ª Série* (9), 7-16.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Dalri, M., Canini, S., Favretto, D., Garbin, L. & Silveira, R. (2012, setembro/outubro). Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: Revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20* (5), 2-11.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos*. (s. d.). Acedido a 10 de abril de 2018, em: <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República, 1.ª Série A*, 205. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valoração da sociedade*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Deodato, S. (2017). *Direito da saúde* (2.ª ed.). Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar. *Diário da República, 1.ª Série B*, 55, 1865-1866. Lisboa: Ministério da Saúde

- Direção-Geral da Saúde (2003). A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Carta dos direitos do doente internado*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- DSPDPS/Núcleo Coordenador do Programa (2017, junho). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Esteves, A. M. T. (2013). *A Construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4647>
- European Operating Room Nurse Association (1997). *Currículo comum europeu para enfermeiros perioperatórios*. Edimburgo, R.U.: European Operating Room Nurse Association.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2), 17-20.
- Figueiredo, A., Madureira, M., & Lourenço, M. (2018). *Guia de estágio final e relatório: Curso de mestrado em enfermagem (versão 7.3.2018)*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Herr, K., & Mccaffery, M. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Instituto de Ciências da Saúde (2017). *Mestrado em enfermagem: Regulamento geral 2012 (alterado em 2017)*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Jolife AB (2018). *LUCAS®3 Sistema de compressão torácica: Instruções de utilização (versão 3.1)*. Disponível em: https://www.lucas-cpr.com/files/8163938_101034-12%20Rev%20A%20LUCAS%203%20IFU%20PT_lowres.pdf
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto (1990). Lei de Bases da Saúde — Base XIV — Estatuto dos utentes. *Diário da República, 1.ª Série*, 195, 3454-3455.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, 1.ª Série*, 57, 2127-2131.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª Série*, 181, 8059-8105. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lucchini, A., Canesi, M., Robustelli, G., Fumagalli, R., & Bambi, S. (2016). An association between pain and American Association of Respiratory Care 2010 guidelines during tracheal suctioning. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35 (5), 283-290. doi: 10.1097/dcc.0000000000000200
- Martins, M. (2004, janeiro). Visitas e parceria de cuidados. *Nursing*, 184, 8-12.
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2005). *Constituição Portuguesa Anotada: Tomo I*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- NANDA Internacional (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2015-2017* (10.ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Neves, M. C. P., & Soares, J. (2018). *Ética aplicada: Saúde* (pp. 85-98 e 355-377). Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos* (ed. rev. 2012). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Enfermagem em bloco operatório: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* [Versão eletrónica]. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 28 de maio de 2018, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 21 de fevereiro de 2018, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série. N.º 123, 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Tabelas CIPE® Versão 2013 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Acedido a 28 de maio de 2018, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Papp, I., Markkanen, M., & Von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23 (4), 262-268.

- Rabiais, I. (2016). *A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Lisboa, Portugal: Novas Edições Académicas.
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, 35, 8648-8653.
- Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, 35, 8656-8657.
- Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho (2015): Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, 123, 17240-17243.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, 135, 19359-19370.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, 26, 4744-4750.
- Resolução da Assembleia da República n.º 1 (2001). Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina. *Diário da República*, 1.ª Série, 2, 26-36.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia Familiar* (6ª ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Savater, F. (2010). *Ética para um jovem* (17.ª ed.). Amadora, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto, Portugal: Porto Editora.

- Sheely, S. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6.^a ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Silva, M. (1996). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (5.^a ed.). São Paulo, Brasil: Gente.
- Silva, R. (2001). *Comunicação com pacientes impossibilitados de falar: Concepções de enfermeiras intensivistas* (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil).
- Sousa, S. (2000, abril). Hospitalização (sem) família. *Enfermagem Oncológica*, 4 (14), 22-32.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 23 de abril de 2018, em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBIScoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Versiane, C., Silva, K., Bretãs, T., Marques, F., Souto, S., Magalhães, D., ... Barbosa, L. (2012, julho). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: Um desafio. *EFDeportes.com*, 17 (170). Disponível em: <https://www.efdeportes.com/index.php/EFDeportes>
- Viera, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da paixão à proficiência* (3.^a ed.). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Vilagrasa, P. (1991, junho). Profissional del paciente de acogida de los hospitales. *Todo hospital*, 77, 23-29.
- Vitória, M. C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-21.
- World Health Organization (2010). *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas* (M. Lucas, Trad.). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. (Original publicado em 2009)

- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (4.ªed.). São Paulo, Brasil: Roca.
- Young, J., Siffleet, J., & Nikoletti, S. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22, 32-39. doi: 10.1016/j.iccn.2005.04.004
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32. doi: 10.1590/S0104-11691999000300005

APÊNDICES

APÊNDICE I

Comunicação Livre apresentada na 1.as Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz: “A aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos – Protocolo de Scoping Review”



A aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos - *Protocolo de Scoping Review* -

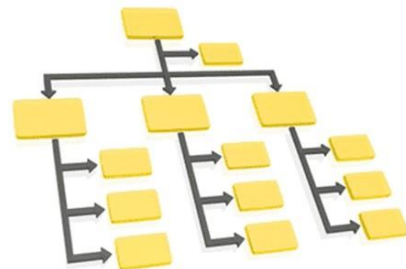
Dora Ladislau

Sob orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

ESTRUTURA DA APRESENTAÇÃO

- Enquadramento
- Questão de Investigação
- Objetivo
- Metodologia
- Resultados
- Conclusão
- Referências Bibliográficas



Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

INFORMAÇÃO DOS AUTORES

- Sérgio Deodato, Diretor da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sdeodato@ics.lisbos.ucp.pt
- Dora Ladislau, Enfermeira no Bloco Operatório, Hospital Beatriz Ângelo, dmcladislau@gmail.com

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

ENQUADRAMENTO

“a aspiração endotraqueal é um procedimento que visa manter as vias aéreas permeáveis, removendo, de forma mecânica, secreções pulmonares acumuladas, em especial, em pacientes com via aérea artificial”.

(AARC, 2010)



“o adequado manuseamento da via aérea tem impacto direto no prognóstico da pessoa em situação crítica, incluindo diminuição da morbimortalidade, do tempo de internamento e dos custos hospitalares associados”.

(Bambi, S. et al., 2016)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

ENQUADRAMENTO

“a aspiração endotraqueal é um procedimento comum realizado por enfermeiros de terapia intensiva. Como este procedimento está associado a diversas complicações e riscos, o enfermeiro deve ter um conhecimento adequado de como realizar o procedimento de acordo com a prática baseada em evidências”.

(Manara, D. et al., 2014)



“o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual o procedimento adequado na aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, em contexto de UCI?

Tabela 1. Construção da questão de investigação através da mnemónica PICO

P (população)	Pessoas adultas ventiladas
I (fenómeno de interesse)	Procedimento de aspiração de secreções brônquicas
Co (contexto)	Unidade de cuidados intensivos

(The Joanna Briggs Institute, 2015)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

OBJETIVO

Sintetizar evidência sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas, na Pessoa adulta ventilada, em contexto de UCI.



Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

METODOLOGIA

Scoping Review segundo Joanna Briggs Institute (2015).

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados:

- EBSCO
- PUBMED
- COCHRANE DATABASE SYSTEMATIC REVIEWS



Os descritores MeSh foram combinados com o operador booleano "AND".

Equação de pesquisa utilizada em todas as bases de dados:

("intubation" [Mesh]) AND ("suction" [Mesh]) AND ("critical care" [Mesh]).

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

METODOLOGIA

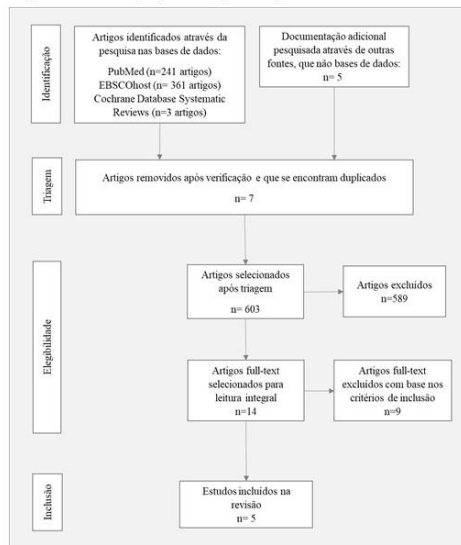
Critérios de Inclusão:

- Estudos científicos publicados nos últimos **8 anos** (friso cronológico utilizado - janeiro de 2010 até 6 de julho de 2018);
- Estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e publicados em revistas científicas;
- Estudos de acesso livre;
- Estudos centralizados na temática da aspiração de secreções brônquicas em Pessoas adultas ventiladas;
- Estudos que incluam Pessoas adultas ventiladas internadas em contexto de UCI.

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

PRISMA FLOW

Figura 1: Processo de pesquisa e seleção de artigos.



(The Joanna Briggs Institute, 2015)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

RESULTADOS DA PESQUISA

Tipologia dos 5 estudos:

- 2 Documentos oficiais;
- 1 Tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem;
- 1 Revisão Sistemática;
- 1 Estudo Multimétodo: Revisão Sistemática da Literatura com Estudo Descritivo.

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

RESULTADOS DA PESQUISA

- ✓ A aspiração endotraqueal é recomendada apenas na **presença de secreções**;
- ✓ A **pré-oxigenação** deve ser considerada se a Pessoa tiver uma redução clinicamente importante da saturação de oxigênio com a aspiração;
- ✓ A aspiração deve ser realizada preferencialmente, **sem desconectar a Pessoa do ventilador**;
- ✓ O uso rotineiro de **instilação salina normal** antes da aspiração endotraqueal **não deve ser realizado**;

(AARC, 2010, Dalri, M., et al., 2012, Ayhan, H., et al., 2015)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

RESULTADOS DA PESQUISA

- ✓ O uso de um **sistema fechado** é sugerido para **adultos com níveis elevados de FIO2 ou PEEP, com risco de desrecrutamento pulmonar**;
- ✓ **Evitar a desconexão e o uso de manobras de recrutamento pulmonar** se o desrecrutamento pulmonar induzido por aspiração ocorrer em pacientes com **lesão pulmonar aguda**;
- ✓ Deve ser utilizado uma **sonda de aspiração que oclua menos de 50% do lúmen do tubo endotraqueal em adultos**;
- ✓ A **duração** do evento de aspiração deve ser limitada a **menos de 15 segundos**.

(AARC, 2010, Dalri, M., et al., 2012)

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

CONCLUSÃO

- Este Protocolo de *Scoping Review* permitiu mapear a literatura existente sobre o procedimento da aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, em contexto de UCI.
- É fundamental o desenvolvimento de mais estudos sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na Pessoa adulta ventilada, de forma a promover a prática de cuidados de enfermagem especializados, baseados na evidência e de excelência.

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Sistema Saúde – ACSS (2011). Manual de normas de enfermagem –procedimentos técnicos. Recuperado de http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- American Association of Respiratory Care. (2010) AARC clinical practice guidelines: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respir Care*, jun, 55(6), 758-66.
- Assembleia da Republica (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª serie. N.º 181. 8059-8105. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Ayhan, H., Akamca, Y., Arikan, E., Iyigun, E., Sevim, Z. & Tastan, S. (2015). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: "What does the evidence say? What do the nurses think?": Multimethod study. *Journal of Critical Care* 30, 762-767.
- Bambi, S., Canesi, M., Fumagalli, R., Lucchini, A. & Robustelli, G. (2016). An association Between Pain and American association of Respiratory Care 2010 Guidelines During Tracheal Suctioning. Prospective observational study. *Educational Dimension* September/October 2016. DOI:10.1097/dcc.000000000000200
- Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia (2003). recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep*.53 (RR-3), 1-36. Acedido 6 de julho de 2018. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dalri, M., Canini, S., Favretto, D., Garbin, L. & Silveira, R. (2012). Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 20(5), [11 telas]. set-out. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae
- Eser, I., Guler, E., Maras, G. & Kose, S. (2017). Knowledge and practice of intensive care nurse for endotracheal suction in a teaching hospital in western Turkey. *Intensive and Critical Care Nursing*. (39), 45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.006>
- Manara, D., Negro, A., Ranzani, R. & Villa, M. (2014). Survey of Italian care unit nurses' knowledge about endotracheal suctioning guidelines. *Intensive and Critical Care Nursing*. (30), 339-345. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.003>
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado*. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI). Acedido 6 de julho de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../infeccao/.../recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-respiratoria>.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

ANEXOS

ANEXO I

*Certificado de Participação na Comissão Organizadora do I
Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)
“Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM


LISBOA-PORTO

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que a **ENFª DORA MARIA COELHO LADISLAU** integrou a **Comissão Organizadora** do **1º Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)** - “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.


Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa) - CS da UCP
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

ANEXO II

Certificado de Presença no I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que **DORA MARIA COELHO LADISLAU** esteve presente no **1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)** - “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.


O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

ANEXO III

*Certificado de Presença nas 1as Jornadas de Enfermagem –
Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior
de Saúde Egas Moniz*

1ª Jornadas de Enfermagem
Escola Superior de Saúde Egas Moniz

CERTIFICADO

Dona Ladislau

Participou nas **1ªs Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem**, que decorreram nos dias 4 e 5 de Fevereiro de 2019, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

C. de Almeida Castro
Presidente da Comissão Científica

A. da Sousa
Presidente da Comissão Organizadora

almirall **Linde** **Nestlé** **ConvaTec** **crioestaminal**
Ciência para a vida

DISPROTECT **APEE GAST** **UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

essem **es** **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ** **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ** **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ**

ANEXO IV

Certificado de Realização de uma Comunicação Livre nas 1as Jornadas de Enfermagem – Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz: “A aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos – Protocolo de Scoping Review”

