



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa
em Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO NO TRANSPORTE
INTRA-HOSPITALAR**

**CRITICAL PATIENT SAFETY IN INTRA-HOSPITAL
TRANSPORTATION**

Por

Sara Maria dos Santos Carlos Roseira

Lisboa 2023



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa
em Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO NO TRANSPORTE
INTRA-HOSPITALAR**

**CRITICAL PATIENT SAFETY IN INTRA-HOSPITAL
TRANSPORTATION**

Por

Sara Maria dos Santos Carlos Roseira

Sob Orientação da Professora Doutora Lurdes Martins

Lisboa 2023

AGRADECIMENTOS

Ao João, que esteve sempre presente nas boas e más horas e que me acompanha para a vida.

Aos meus pais Teresa e Jorge e ao meu irmão João pelo encorajamento e preocupação durante todo este percurso.

Aos meus amigos do coração e aos novos que este percurso trouxe.

À minha Equipa, que tanto contribuiu para que isto se tornasse possível.

À Sr.^a Prof.^a Doutora Lurdes Martins, por todo o apoio e disponibilidade demonstrada.

Aos meus Enfermeiros tutores, e a toda a equipa que participou no meu percurso de desenvolvimento de competências.

E a todos os outros que de alguma forma contribuíram para a concretização deste objetivo.

A todos, um MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CVC – Cateter Venoso Central

EE – Enfermeira/o Especialista

EEEMC – Enfermeira/o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

TIH – Transporte Intra-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tem como propósito demonstrar o percurso efetuado ao nível do desenvolvimento de conhecimentos e competências académicas e profissionais ao longo do estágio realizado no serviço de medicina intensiva no período temporal entre setembro e dezembro de 2022.

É usada uma metodologia descritiva, revisão da literatura, análise de experiências, intervenções realizadas e processos de aprendizagem, orientada para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste relatório o tema aprofundado foi o da segurança do doente crítico durante o transporte intra-hospitalar. A atualização do conhecimento deste tema ajudou a identificar o papel do Enfermeiro em todo o processo de cuidados. Esta aquisição foi obtida através da realização de uma *scoping review* sobre o tema.

Em síntese o presente relatório dá a conhecer as aprendizagens realizadas no âmbito da aquisição e desenvolvimento das competências de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Competências; Doente crítico; Enfermeiro Especialista; Segurança do doente; Transporte Intra-Hospitalar.

ABSTRACT

This report was written as part of the master's degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing in critical care, at the Lisbon Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. Its purpose is to demonstrate the progress made in academic and professional knowledge and competence development during an intensive care medicine internship conducted from September to December 2022.

A descriptive methodology, literature review, analysis of experiences and interventions, and learning processes were used to acquire and develop common and specific competences defined by the Nursing Council.

The focus of this report is on the safety of critically ill patients during intrahospital transportation. Up-to-date knowledge on this topic helps to identify the nurse's role in the entire care process. This knowledge was acquired through conducting a scoping review on the topic.

In summary, this report outlines the learnings made to acquire and develop specialist competences in Medical-Surgical Nursing and a master's degree in nursing.

Keywords: Critically ill; Intra-Hospital Transport; Patient safety; Skills; Specialist Nurse.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL - TEORIA DE ROZZANO LOCSIN ..	14
2.2. SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO DURANTE O TRANSPORTE-INTRA- HOSPITALAR.....	16
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 26	
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	30
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados	33
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	36
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	54
5. CONCLUSÃO	58
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	I
APÊNDICE I - Plano de Sessão: Papel do Enfermeiro na prevenção de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central.....	III
APÊNDICE II - Apresentação: Papel do Enfermeiro na prevenção de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central.....	VI
APÊNDICE III –PRISMA-ScR.....	XVI

APÊNDICE IV – E-poster: NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS DOENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW.....	XVIII
APÊNDICE V – Scoping review: Necessidades espirituais dos doentes em unidades de cuidados intensivos	XX
ANEXOS	XXVI
ANEXO I – Avaliação para o transporte intra-hospitalar.....	XXVIII
ANEXO II – Certificado de participação: V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	XXX
ANEXO III – Certificado de participação: 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	XXXIV

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório faz parte da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” integrado no plano de estudos do XV curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem e de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Neste relatório serão apresentadas de forma sucinta e refletida as aprendizagens relacionadas com as competências comuns e específicas como Enfermeira Especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e de Mestre, de acordo com o artigo 15.º publicado a 16 de agosto de 2018 em Diário da República.

O EE desenvolve e aprofunda as competências do Enfermeiro de cuidados gerais além do desenvolvimento de competências específicas em cada área de especialidade (Regulamento n.º 140, 2019). Durante este percurso é expectável demonstrar, como futura Especialista, cuidados focados no doente e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

O doente em situação crítica necessita de cuidados de Enfermagem altamente especializados e qualificados por forma a dar resposta às necessidades afetadas e para manter as funções básicas de vida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) deve considerar a complexidade da situação e elaborar um plano de cuidados e de intervenção com uma colheita contínua de dados, prever e detetar precocemente alterações e intervir de forma concreta eficiente em tempo útil. Deve ainda intervir na prevenção de complicações e eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Regulamento n.º 429, 2018).

O cuidar do doente em situação crítica faz parte de uma das três competências específicas do EEEMC. Este, deverá ainda dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (Regulamento n.º 429, 2018).

Neste âmbito é pretendida uma reflexão do processo de aprendizagem e do desenvolvimento de competências adquiridas. Irá ser demonstrando o percurso de aquisição de competências, desafios e estratégias encontradas para as ultrapassar, através de uma exposição cientificamente fundamentada das atividades realizadas.

O estágio final foi realizado de forma integral no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital da área da grande Lisboa, durante o período de 5 de setembro a 16 de dezembro de 2022, com um total de 360 horas de contacto direto. A escolha deste serviço, para além de ser uma exigência do plano curricular, deveu-se ao gosto pessoal e pela possibilidade de aprender num contexto de prestação de cuidados complexos.

Durante a realização do estágio no SMI, foi possível a aquisição de competências ao doente crítico na vertente médica e cirúrgica, ganhando uma visão global do doente crítico e não apenas de uma especialidade em concreto.

Sendo um dos objetivos do mestrado, o cuidado ao doente crítico e à sua família como alvo de cuidados seria imprescindível a passagem por uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)/SMI por forma a consolidar e desenvolver os conhecimentos. As UCI fazem parte da abordagem ao doente crítico. É uma área multidisciplinar, diferenciada que aborda a “prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Penedo et al., 2013, p.30). Engloba uma complexidade de cuidados acrescida, visto que, a gravidade do estado clínico dos doentes é maior. É por isso considerada uma área hospitalar de substancial risco de morbilidades e mortalidade com necessidade de atuação diferenciada (de Vos et al., 2007).

Além das competências de especialista e por forma a desenvolver competências de mestre, em termos de investigação foi realizada uma revisão *scoping* sobre a segurança do doente crítico no transporte intra-hospitalar.

Na elaboração do presente relatório será usada uma metodologia descritiva, revisão da literatura, análise da experiência com recurso à reflexão crítica de eventos marcantes, intervenções realizadas e processos de aprendizagem.

O relatório é constituído por quatro capítulos:

- Introdução

- Enquadramento teórico;
- Descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas:
 - Competências comuns do Enfermeiro Especialista;
 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista;
 - Competências de Mestre;
- Conclusão.

Para a redação será usada a metodologia da *American Psychological Association 7th edition*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL - TEORIA DE ROZZANO LOCSIN

Com base nos cuidados prestados no local de estágio em contexto de UCI e após a pesquisa e estudo de diversas teorias, a que melhor se enquadrou nos cuidados prestados foi a “Competência tecnológica como cuidado em enfermagem”, de Rozzano Locsin. Esta teoria é considerada de médio alcance, uma vez que, tem como propósito ser vista como um modelo para a prática. Segundo a literatura, as teorias de médio alcance são teorias intermediárias, que abordam conceitos específicos, com foco definido, por forma a poderem ser aplicados na prática (Leandro et al., 2020). Estas teorias não pretendem esclarecer o todo, mas sim desenvolver explicações para as partes, são baseadas em teorias maiores ou parte delas e são compostas por conceitos (Leandro et al., 2020).

Segundo a teoria de Locsin, existe uma procura por uma prática de Enfermagem baseada na intenção autêntica de conhecer os seres humanos como pessoas e como participantes dos seus cuidados, e não apenas como objetos dos cuidados dos profissionais de saúde (Locsin, 2020).

Nesta teoria são definidos de forma clara os quatro conceitos metaparadigmáticos (Krel et al., 2022):

- Pessoa: É um todo, num dado momento, estando em constante crescimento e mudança consoante as suas experiências pessoais;
- Ambiente: Ambiente tecnológico;
- Enfermagem: Conceito de cuidado e intencionalidade;
- Saúde: Cada pessoa é única e individual e por isso a definição de saúde varia de pessoa para pessoa, consoante as suas esperanças e desejos.

O propósito da competência tecnológica em Enfermagem é reconhecer que a pessoa é o foco do cuidado e que as tecnologias disponíveis podem e devem ser utilizadas ao serviço do conhecimento da pessoa. A tecnologia é usada de forma a reconhecer a unicidade e individualidade das pessoas como humanos em constante desenvolvimento (Locsin, 2020).

No cuidado em Enfermagem, ao usar a competência tecnológica sem associar a pessoa como um todo pode traduzir-se em cuidados de enfermagem centrados na pessoa como objeto que precisa de ser completo invés de como uma pessoa completa. Conhecer o outro como pessoa é imprescindível para que este modelo possa ser aplicado. Desta forma é essencial entrar no mundo da pessoa a ser cuidada, estabelecendo uma relação de confiança, confiança, comprometimento e compaixão (Locsin, 2020).

Segundo Locsin (2020), o processo de conhecer o outro como pessoa alvo de cuidados, engloba o conhecimento tecnológico. Durante este processo a tecnologia é usada para ampliar aspetos necessários da pessoa e o planeamento mútuo para que tanto a pessoa como o Enfermeiro planeiem o processo de cuidados e o envolvimento participativo (Locsin, 2020).

O conhecimento tecnológico em Enfermagem permite compreender o outro como um todo e o uso da tecnologia com o propósito de compreender a pessoa mais plenamente. Esta, é definida como algo que torna os processos mais eficientes – desde os mais básicos aos mais avançados. Nesse sentido, é essencial a competência tecnológica com instrumentos disponíveis como monitores, implantes, dispositivos protésicos, entre outros. Estes proporcionam a possibilidade de o Enfermeiro conhecer o outro plenamente como pessoa (Locsin, 2020; Krel et al., 2022).

A teoria de Competência tecnológica como cuidado em Enfermagem de Locsin fornece importantes pontos de partida teóricos no uso competente da tecnologia, com enfoque no cuidado do outro como um todo e não apenas no tratamento da sua condição médica (Krel et al., 2022).

O presente capítulo é alvo de aplicação dos princípios orientadores da teoria apresentada e supracitada, durante os cuidados prestados em contexto de estágio. Estes princípios, foram essenciais de forma a ter um fio condutor da minha ação e prática baseada em evidência.

2.2. SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO DURANTE O TRANSPORTE-INTRA-HOSPITALAR

A segurança dos doentes é uma temática no contexto de saúde global, foca-se em minimizar os riscos, requerendo a atenção imediata dos profissionais de saúde (Zhang et al., 2022). Em contexto hospitalar a segurança do doente está relacionada com o transporte intra-hospitalar (TIH). É um acontecimento estudado desde a década de 1970 que continua a ser relevante no contexto atual, devido ao seu impacto potencialmente negativo que pode condicionar a situação de saúde do doente (Veiga et al., 2019).

O TIH, também conhecido como transporte terciário do doente crítico é definido como o transporte do doente para outras áreas dentro do hospital que permitam um grau de assistência diferenciado do local onde este se encontra naquele momento (Murata et al., 2022). A OE define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19362).

Devido à instabilidade associada ao seu estado clínico, o doente crítico necessita de um grau assistencial superior e como tal, um nível superior de cuidados e de monitorização (Murata et al., 2022). Mais frequentemente, o TIH é realizado de internamento/enfermarias e da urgência para áreas hospitalares com maior grau de assistência como a UCI, bloco operatório ou para exames de terapêutica e/ou diagnóstico (Putra et al., 2022). Se se considerar que a realização de um determinado exame/procedimento não irá alterar o prognóstico do doente é necessário avaliar o risco associado ao transporte. Esta condição poderá pôr em causa a realização dos exames/procedimentos e terá de ser reavaliada ou adiada (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

O TIH é considerando um evento diário em ambiente hospitalar, podendo por vezes ser negligenciado (Canellas et al., 2020). No entanto, é classificado como um procedimento de alto risco, que requer alerta máximo por parte da equipa, sendo gerador de stress e carga de trabalho adicional, devido à exposição a que o doente crítico fica exposto, aos recursos limitados e à alteração do ambiente de base tanto dos doentes como dos profissionais envolvidos (Zhang et al., 2022).

O transporte de doentes, nomeadamente o TIH, está dividido em três fases (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008):

Na primeira fase, a decisão, apesar de ser considerada como um ato médico, devem ser sempre avaliados os riscos inerentes, considerando a díade risco/benefício (Veiga et al. 2019). No entanto, e antes que o TIH se efetue, é necessária uma avaliação prévia do estado clínico do doente através da mnemónica ABCDE (A – via aérea; B – ventilação; C – circulação; D – disfunção neurológica; E – exposição), bem como da garantia de um número suficiente de recursos humanos e materiais (T. Carneiro et al., 2017; Canellas et al., 2020). Está comprovado o impacto que o TIH pode vir a ter no aumento da mortalidade e morbidades destes doentes, associado a um aumento dos custos em saúde (T. Carneiro et al., 2017; Zhang et al., 2022).

Na segunda fase, o Planeamento envolve ativamente a equipa multidisciplinar, com enfoque na equipa médica e de Enfermagem. Esta, tem como responsabilidade estabilizar o doente antes da terceira fase, a coordenação das equipas e a escolha (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Pavão, 2021):

- Do serviço de destino e de um contacto prévio com o mesmo;
- Da equipa mais adequada para realizar o transporte;
- Do meio de transporte;
- Da seleção dos materiais de monitorização e terapêutica e dos documentos necessários.

Durante esta fase devem ser esclarecidas as recomendações de objetivos fisiológicos a manter durante todo o processo (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Considerando os riscos associados, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), sugere a aplicação de uma grelha de avaliação que define as necessidades de recursos humanos, monitorização e de equipamento a adotar durante o transporte (anexo I).

A terceira e última fase é a efetivação, que é quando o transporte é realizado. A equipa que acompanha o doente é responsável pelo mesmo até ao destino final ou até ao regresso ao serviço de origem no caso dos exames diagnósticos e/ou terapêuticos. Durante esta fase devem manter-se cuidados de igual qualidade ao serviço de origem com a possibilidade de serem escalados, caso haja necessidade (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Eventos adversos

O objetivo final do TIH visa a garantia na continuidade da prestação de cuidados. No entanto devido à exposição a que o doente crítico é colocado e considerando que quanto mais grave e complexa a sua condição, mais suscetível é ao acontecimento de eventos adversos, pondo em causa a sua segurança (Murata et al., 2022; Putra et al., 2022).

Evento adverso é definido como um “incidente que resulta em dano para o doente” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.2). A Direção-Geral da Saúde caracteriza ainda o incidente de segurança do doente como “um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.2).

A incidência e a gravidade dos eventos adversos são variáveis entre estudos, resultado das diferentes definições consideradas de eventos adversos (Veiga et al. 2019). No TIH do doente crítico são considerados eventos adversos aqueles que ocorrem durante o transporte e/ou secundariamente ao mesmo (Veiga et al. 2019).

Estudos realizados evidenciam a ocorrência de eventos adversos entre 6% a 70% dos casos, fazem por exemplo referência a alterações nos sinais vitais, extubação acidental e paragem cardiorrespiratória em 8% dos casos, associado a delirium, aumento do tempo de internamento e óbito (Murata et al., 2022).

Dos incidentes registados, 38% ocorrem durante a fase pré-transporte e 47% durante a fase de transporte. A fase do pré-transporte, definida como o momento anterior ao início da preparação para o transporte, engloba incidentes relacionados com os equipamentos e questões organizacionais (T. Carneiro et al., 2017).

Outros estudos fazem referência a estados de ansiedade, agitação, dor ou desconforto, crises convulsivas ou alteração do estado de consciência relacionados com o transporte. É também descrito um maior risco de eventos adversos quando os doentes são transportados durante o turno da noite e quando estão dependentes de fármacos sedativos, inotrópicos ou vasopressores (Putra et al., 2022).

Em Portugal, os eventos adversos mais frequentemente identificados foram a extubação endotraqueal, perda de acessos venosos, reserva inadequada de oxigénio, avaria de ventilador de transporte e a exteriorização ou “clampagem” não supervisionada de dreno torácico (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Podem ser divididos em:

Eventos adversos fisiológicos que afetam em 40% o sistema circulatório (instabilidade hemodinâmica: pressão arterial sistólica < 90mmHg), 30% o sistema respiratório e 25% o sistema nervoso (Veiga et al., 2019; Putra et al., 2022). No sistema respiratório, a hipóxia e a dessaturação são consideradas como os principais eventos adversos identificados, embora não haja consenso na definição de evento adverso quanto à dessaturação, sendo descrita por alguns autores como uma alteração na $SpO_2 < 95\%$ / uma redução de 5% da oximetria de pulso (Murata et al., 2022). A alteração na permeabilidade da via aérea devido ao movimento durante o transporte poderá condicionar a situação do doente podendo originar atelectasias e pneumotórax (Putra et al., 2022). É também incluído como evento adverso o aumento da frequência respiratória para ciclos superiores a 24 por minuto (Veiga et al., 2019). Das complicações mais frequentes destaca-se o oxigênio insuficiente nas balas (Putra et al., 2022).

Eventos adversos não fisiológicos/ não clínicos relacionados com o inadequado ou não funcionamento de cateteres endovenosos (18,3%), causando uma interrupção na administração de fluídos ou medicamentos e alterações no posicionamento/nível do tubo endotraqueal (1,6%) e da sonda nasogástrica (0,8%) (T. Carneiro et. al, 2017; Veiga et. al, 2022). É recomendada que durante o TIH exista pelo menos dois acessos endovenosos e um arterial para a administração de terapêutica e de monitorização da pressão arterial, respetivamente (Putra et al., 2022).

Fatores que contribuem para os eventos adversos

Segundo Putra (2022), os fatores de risco associados ao TIH podem ser agregados e associadas aos equipamentos, aspetos humanos e organizacionais. A incidência destes fatores de risco é significativamente influenciada pela gravidade da doença, equipamentos inadequados ou em falta para o transporte, número de profissionais treinados insuficiente e comunicação ineficaz entre e com outras equipas. (Putra et al., 2022).

O tempo de transporte do doente crítico é também considerado neste paradigma. Estudos realizados, apontam para uma relação entre o tempo total do TIH e a ocorrência de eventos adversos, sendo para tal considerado transportes com duração total superior a 36,5 minutos (Veiga et al., 2019; Zhang et. al, 2022). São descritas como situações de maior risco os

primeiros cinco minutos e os transportes com duração superior a 30 minutos (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Estruturas físicas limitadas e inadequadas são também apontadas como condicionantes ao TIH, uma vez que se constituem como obstáculos à passagem do doente e da equipa, pondo em causa a sua segurança. Destas estruturas destacam-se as portas estreitas ou de reduzida dimensão, distância longa entre serviços, avaria dos elevadores e/ou a sua inadequada dimensão assim como o piso irregular (Silva et al., 2017). É por isso necessária uma revisão nos protocolos de construção aquando da construção das infraestruturas hospitalares (T. Carneiro et al., 2017).

Outro dos fatores que potencialmente originam eventos adversos inclui o transporte em si mesmo, através da aceleração e desaceleração, vibração e mudança de postura que poderão condicionar a circulação sanguínea, respiratória, nervosa e psicológica (Jiang et al., 2016; Canellas et al., 2020). Adicionalmente, a mudança de ambiente associado ao ruído, a transferência do doente do leito para outros locais, os próprios procedimentos e as variações térmicas estão descritos como fatores a ter em conta, podendo originar ansiedade no doente (Jiang et al., 2016; Canellas et. al, 2020).

Segundo os autores Murata (2022) e Putra (2022), a ventilação mecânica invasiva (VMI) é considerada como um fator de risco durante o TIH, uma vez que está comprovada a sua influência na instabilidade hemodinâmica no doente.

É também descrito num estudo realizado por Veiga (2019) que o principal evento adverso dentro desta categoria é a comunicação ineficaz ou inexistente entre e dentro das equipas, estando presente em 60% dos casos.

Papel do Enfermeiro

O TIH envolve a necessidade de o Enfermeiro ser capaz de utilizar a tecnologia dos equipamentos associada aos princípios científicos e rigor na prestação de cuidados ao doente (T. Carneiro et al., 2017). É proposto que seja capaz de trabalhar de forma independente, tomando decisões baseadas em evidência científica e implementando medidas que vão ao encontro das necessidades dos doentes (T. Carneiro et al., 2017).

Como tal, e descrito nas competências específicas, o EEEMC, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, é especializado no cuidar “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19359).

Este, é responsável por analisar a complexidade da situação do seu doente em situação crítica e de intervir de acordo com os conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil, evitando possíveis complicações. Estes cuidados são altamente qualificados e diferenciados, sendo prestados de forma contínua, com vista à manutenção das funções básica de vida (Regulamento n.º 429, 2018).

O TIH é um evento em que o Enfermeiro necessita de demonstrar iniciativa, liderança e tomada rápida de decisões (T. Carneiro et al., 2017). Capacidades essas, descritas nas competências comuns e específicas do EEEMC.

Neste contexto, o Enfermeiro desempenha um papel fulcral em todo o processo do TIH. É o elemento da equipa que envia e recebe o doente além de o acompanhar durante todo o transporte (Putra et al., 2022). Está diretamente envolvido na coordenação, planeamento e prestação de cuidados diretos, o que permite uma avaliação e estabilização constante do seu estado de saúde (T. Carneiro et al., 2017; Putra et al., 2022).

É também da sua responsabilidade antever e antecipar possíveis instabilidades e complicações clínicas, fornecer equipamentos, testando a sua operacionalidade e intervir em caso de necessidade (T. Carneiro et al., 2017). No caso dos equipamentos e dispositivos há uma pressão acrescida devido à responsabilidade de os ter de reconhecer e manipular (T. Carneiro et al., 2017). É ilustrativo desta competência, o estado de alerta durante exames devido ao isolamento físico do doente, o que impossibilita por vezes a sua avaliação direta, estando por essa razão dependente dos sinais sonoros e dos seus alarmes programados (T. Carneiro et al., 2017).

Embora o TIH não seja isento de riscos e complicações é comprovado o benefício de uma equipa treinada e qualificada, composta por Enfermeiros com formação desejavelmente em suporte avançado de vida, suporte avançado de trauma e experiência no transporte de doentes críticos, qualificando-se com um dos aspetos mais importantes para a segurança dos doentes (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Silva et. al, 2017).

Como tal, e pelo descrito previamente, é previsto que as equipas de TIH de doentes críticos incluam EEEMC, com o objetivo da redução de complicações e eventos adversos, aumentado desta forma a segurança durante o transporte (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Prevenção de eventos adversos

Em Portugal, e relativo à segurança do doente foi atualizado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) referente aos anos 2021-2026, com o objetivo de consolidar e promover a segurança nos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do doente como:

Uma estrutura de atividades organizadas que promove uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável reduzem a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos na saúde, quando estes ocorrem. (as cited in Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026).

Este plano é dividido em cinco pilares suportados por diferentes objetivos estratégicos (Direção-Geral da Saúde, 2022). No pilar 1 – cultura de segurança, e considerado como uma prioridade de saúde pública, percebe-se a necessidade de reduzir os incidentes na prestação de cuidados bem como de promover um ambiente seguro para que tal aconteça (Direção-Geral da Saúde, 2022). De forma a assegurar um TIH seguro, é essencial o reconhecimento dos riscos associados aos eventos adversos o mais precocemente possível, de forma que se mantenha o nível de cuidados (Putra et al., 2022). Ao garantir que cada etapa do processo é realizada de forma precisa, a maioria dos eventos adversos são evitáveis (Zhang et al., 2022).

O PNSD aborda também questões relativas à segurança na comunicação eficaz e eficiente (pilar 3). É comprovada a relação direta de uma comunicação efetiva entre profissionais e destes com os doentes, na prevenção de eventos adversos (T. Carneiro et al., 2017). Também a transferência de cuidados entre profissionais na transição do doente entre áreas de diagnóstico e terapêutica é abordada devido à complexidade do processo. É uma

situação geradora de potenciais riscos e de incidentes de segurança (Direção-Geral da Saúde, 2022). Segundo Veiga (2019), a comunicação é um fator essencial durante todo o processo do TIH, sendo transversal a todas as suas fases. É através da mesma que são solucionadas questões relacionados com a continuidade de cuidados, tais como o atraso para a realização de exame, transmissão de informação de cuidados, entre outros (Veiga et al. 2019).

Ambos estes pilares são elementos estruturantes do TIH, uma vez que são necessários para que este ocorra de forma segura, evitando riscos com potencial de prejudicar o doente em situação crítica.

Muitos são os autores que referem o contributo de *checklists* para o TIH, estas devem ser implementadas de forma a garantir que cada etapa do processo é realizada de forma consistente e planeada, evitando potenciais esquecimentos dos procedimentos em vigor (Murata et al., 2022). Através destas, pretende-se uma redução de eventos adversos durante o transporte dos doentes críticos (Zhang et al., 2022). As *checklists* devem ser ferramentas simples e de fácil uso, que ajudem a contornar eventuais incumprimentos no processo de planeamento. Além disso, o seu uso está comprovado na melhoria da comunicação, padronização de cuidados, e na validação do material de transporte necessário (Canellas et al., 2020; Putra et. al, 2022). Embora o TIH seja na sua maioria de curta duração e distância, não deixa de estar propenso ao risco, como tal é necessário garantir que todo o equipamento é testado e verificado (Putra et al., 2022).

A avaliação do doente antes e durante o transporte reduz significativamente o risco de eventos adversos (Murata et al., 2022). É também descrita a preparação do doente agitado através de sedação apropriada e de imobilização caso seja necessário (Veiga et al. 2019; Pavão, 2021).

Adicionalmente, estudos analisados, referem que o treino e formação em equipas multidisciplinares especializadas, estão associadas na prevenção de alguns tipos de eventos adversos, sendo considerada a base de decisão para a antecipação e/ou resolução de intercorrências, contribuindo para um transporte bem-sucedido (Veiga et al. 2019). A padronização do acompanhamento por estas equipas leva à minimização da ocorrência de eventos adversos devido ao trabalho em conjunto, promovendo uma boa comunicação e mantendo um nível de alta qualidade dos cuidados (Murata et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Síntese

A compreensão do TIH nomeadamente das suas fases, potenciais eventos adversos e medidas preventivas é essencial durante todo o processo. É considerado como um evento de alto risco que põem em causa a segurança do doente. Como tal, a investigação contínua nesta área bem como a implementação das adequadas medidas de prevenção devem ser postas em prática (Pavão, 2021).

O TIH, é como já referido anteriormente, um processo complexo, envolve pensamento rápido, gestão de riscos, análise de benefícios e liderança no processo de decisão (Veiga et al. 2019). No entanto, e apesar da literatura descrita e das recomendações emitidas, a verdade é que nem sempre o TIH é realizado segundo as mesmas. Este processo complexo é afetado pelos imprevistos das equipas, comunicação ineficaz e pelas limitações dos equipamentos (Zhang et al., 2022).

Conclui-se também que habilidades não técnicas como a avaliação da situação por parte do Enfermeiro quando aliadas a um planeamento e integração numa equipa treinada e especializada, são cruciais na prevenção e gestão de eventos adversos durante o TIH (T. Carneiro et al., 2017; Murata et al., 2022).

Nesse contexto os estudos apontam as *checklists* como uma ferramenta vital para auxiliar e evitar potenciais complicações em cada fase do transporte (Canellas et al., 2020).

Através desta revisão da literatura foi possível desenvolver competências e conhecimentos de investigação que apoiaram o desenvolvimento do perfil como EE durante o estágio.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), ao EE é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 161, 1996). O mesmo, deverá desenvolver competências clínicas especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios como Enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 140, 2019).

Ao EE é ainda pedido o desenvolvimento de competências, comuns a todas as áreas de especialidade. De acordo o Diário da República, estas são: “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Deverá também demonstrar conhecimento aprofundado através de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, com incidência na educação, orientação, aconselhamento e liderança. (Regulamento n.º 140, 2019).

O perfil das competências comuns do EE, definidas pela OE, encontra-se definido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República. Neste Regulamento as competências comuns encontram-se organizadas através de domínios, nomeadamente: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste capítulo serão abordadas as intervenções realizadas em contexto de estágio de forma a atingir as competências comuns como EE.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Atualmente Enfermagem é considerada como uma profissão autónoma, com saber próprio e autorregulada por documentos como o Código Deontológico e o REPE, que inclui princípios éticos e deontológicos próprios.

No entanto, nem sempre tal se verificou. No decurso dos últimos anos a profissão foi sujeita a uma evolução ao nível da formação de base e no respeito à complexidade e dignificação do seu exercício profissional (Decreto-Lei n.º 161, 1996). Desta forma, o REPE, assiste-se como o instrumento jurídico, através da sua hierarquia como decreto de lei, regulamentando o exercício profissional da Enfermagem salvaguardando “os direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2959).

O Código Deontológico, inserido na Deontologia profissional do Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, define os princípios gerais regentes da profissão bem como um conjunto de deveres e direitos, vinculando todos os Enfermeiros à prática.

Neste contexto, o EE deverá demonstrar um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4746).

Diariamente na sua prática de cuidados, os Enfermeiros são confrontados perante questões éticas que se debatem com valores e conflitos pessoais. Estas questões, implicam a tomada de decisões, experiências e desafios de difícil resolução ou com vários rumos de curso de ação (Pacheco, 2011). Adicionalmente, são expostos a um ambiente com rápidos avanços tecnológicos com uma maior complexidade das situações saúde/doença e maior autonomia da profissão, o que conseqüentemente incrementa esta problemática (Pacheco, 2011).

É por isso, imperativo que como Enfermeira e especialmente como EE sejam desenvolvidas competências éticas, baseadas em evidência científica atualizada, que guiem e orientem as ações no dia-a-dia. Em contexto profissional e com enfoque no estágio no SMI, foi necessário ter uma visão abrangente do que me rodeava e juízo crítico das minhas ações.

Os cuidados de Enfermagem ao ser humano são ou doente ao longo do seu ciclo vital, integra componentes científicas e técnicas, no entanto, tal não é suficiente. É necessário a componente humana para que se prestem cuidados de qualidade. Estes cuidados, são definidos como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo Enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n. 161, 1996, p. 2960). O Enfermeiro deve integrar na sua prática o respeito pela vida humana, considerado como um direito inabalável da pessoa, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e pela dignidade humana (intrínseca ao ser humano) (Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

A Deontologia Profissional em Enfermagem corrobora esta perspetiva, através do artigo 99.º - Princípios gerais: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015, p. 8078). Este artigo vem clarificar a relação da profissão com a pessoa alvo de cuidados, com base no respeito pela sua unicidade, individualidade, integridade física e espiritual. Vem também frisar que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem todos os outros princípios, como tal, tem de estar presente em todos os cuidados (Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, durante a minha prestação de cuidados e após a revisão destes conceitos, sinto que respeitei a dignidade das pessoas que me foram confiadas para a prestação de cuidados através do respeito pelos seus direitos. Embora estes estejam contemplados na lei, a dignidade não se atribui nem retira, é inerente ao ser humano.

A liberdade em Enfermagem é vista como o agir no que for melhor para a pessoa, desde que, não ultrapasse os limites da consciência de cada pessoa. Neste sentido tentei adaptar as minhas intervenções de forma a atingir os melhores resultados possíveis consoante a situação.

De acordo com a Deontologia Profissional e com base no descrito anteriormente, em contexto de estágio desenvolvi este domínio da competência através do respeito pelo dever de sigilo. Este dever está contemplado no artigo 106º e refere que:

- 1 — O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; (Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015, p. 8079).

O dever de sigilo ou de segredo existe como forma de preservar um direito. Este dever vem corroborar o direito à confidencialidade através do dever ao sigilo. Neste sentido, respeitei o direito à confidencialidade da informação que me foi confiada, quer seja em passagem de turno, nos apontamentos retirados e da leitura do processo clínico do doente informaticamente. Adicionalmente partilhei apenas informações relevantes dentro da equipa multidisciplinar referentes a cada categoria profissional e que tivessem como fim o benefício para o doente em questão.

A informação dos doentes é algo confidencial e como tal deve ser tratado dessa forma. Os dados retirados do processo do doente, nomeadamente patologias, intercorrências significativas e medicação, foram usados única e exclusivamente com fins académicos, não tendo colocado em causa a privacidade dos doentes a que prestei cuidados.

O conceito de privacidade está intimamente relacionado com confidencialidade. A privacidade remete à proteção da intimidade das pessoas, devendo ser considerado igualmente o respeito pela sua dignidade, limitação ao corpo, relacionamentos e a objetos íntimos (Paiva et al., 2014).

Neste contexto, foi também trabalhado o a artigo 107º – Respeito pela intimidade. Na segunda alínea deste artigo é referido que o Enfermeiro deve “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015, p. 8103). Durante o estágio foi crucial o respeito pelo direito à intimidade uma vez que o SMI é um *openspace* e como tal foi promovido desde cedo ao máximo a privacidade dos doentes através dos cortinados, constituindo-se assim como uma barreira física em relação ao ambiente em redor.

Foi também tido em conta se os doentes estavam devidamente cobertos para circular dentro e fora do serviço, bem como a presença de profissionais ou de outros elementos não essenciais à prestação de cuidados diretos à pessoa durante procedimentos, como os cuidados de higiene, aspiração de secreções, realização de pensos, entre outros.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Segundo o Diário da República, uma das competências comuns do EE é o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. Através desta, é expectável que o Enfermeiro desenvolva um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte iniciativo, estratégias institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140, 2019).

Segundo a OMS, a qualidade em saúde, entende-se como a qualidade do cuidado prestado aos indivíduos e populações e que aumentam a probabilidade de resultados em saúde serem os desejados, sendo consistentes com o conhecimento profissional baseado em evidência científica (World Health Organization, 2020b). No entanto, não existe nenhuma definição universalmente aceite do conceito de qualidade em saúde, sendo um entendimento entre conceitos básicos e dimensões da definição.

A OMS declara como conceitos básicos de qualidade que os cuidados devem ser eficazes, prestados com base em evidencia científica; Seguros, evitando prejudicar os destinatários dos cuidados; Centrados nas pessoas, adequando os cuidados às preferências, necessidades e valores dos indivíduos; Oportunos, reduzindo o tempo de espera dos cuidados de forma a evitar demoras prejudiciais; Equitativos, com igual qualidade independente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; Integrados e Eficientes, tirando o máximo partido dos recursos disponíveis, evitando o desperdício (World Health Organization, 2020a).

A partir desta premissa de qualidade em saúde, é expectável que o EE seja capaz de **mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo uma melhoria contínua da qualidade**. Em contexto de estágio foram vários os desafios encontrados. Foi necessário aprofundar o estudo em diversas áreas, nomeadamente na VMI, no transporte do doente crítico, comunicação, sedação, analgesia, avaliação da dor, etc. Os cuidados prestados

foram ao encontro da evidência científica atualizada, através de estudo autónomo, leitura de protocolos e normas do serviço. Desta forma pretendeu-se responder ao primeiro critério de cuidados de qualidade definido da OMS: Eficácia.

O segundo ponto definido pela OMS – Segurança – foi um dos temas mais trabalhados e desenvolvidos em contexto de estágio. Segurança é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde, 2011).

De acordo com o PNSD 2021-2026, as boas práticas de segurança assentam em 9 objetivos estratégicos: 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, 2. Aumentar a segurança da comunicação, 3. Aumentar a segurança cirúrgica, 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes 6. Prevenir a ocorrência de quedas 7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Desta forma foquei-me em contribuir para um ambiente de cuidados seguros, com base nos objetivos propostos no plano nacional. No sentido de melhorar a segurança da comunicação foi utilizada a técnica ISBAR, através da mesma, é possível proceder a uma transição de cuidados com base numa comunicação eficaz entre prestadores de cuidados, salvaguardando a segurança do doente. Esta técnica, aplica-se a todos os níveis de cuidados. A mnemónica ISBAR diz respeito: I – Identificação; S – Situação Atual; B – Antecedentes; A – Avaliação; R – Recomendações (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Através do uso desta técnica consegui transmitir informação de forma organizada e estruturada durante as passagens de turno, evitando a perda de informação relevante.

Relativamente ao ponto 4 - Aumentar a segurança na utilização de medicação –a utilização segura do medicamento reduz consideravelmente a prevalência dos incidentes através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais. Desta forma foi necessário estar alerta nas várias etapas do uso de medicação: Na validação das condições de armazenamento/transporte e na administração através dos 9 certos: doente, medicação, via, dose, hora, registo, conhecimento da ação, forma terapêutica e monitorização/vigilância.

Foi igualmente desenvolvido as precauções básicas do controlo de infeção com maior enfoque na higienização das mãos, utilização de equipamento de proteção individual e a

práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No âmbito da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, o EE deverá **promover um ambiente que fomente a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo**. Neste contexto, foi desenvolvido um poster juntamente com outras colegas do mestrado, relativo às **Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: *Scoping review***, e apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na UCP (anexo II). Através da revisão de literatura realizada, foi possível aprofundar o conhecimento relativo à espiritualidade dos doentes em UCI. Fiquei desperta para esta temática transpondo a teoria para a prática através de intervenções como a possibilidade de pertença de objetos significativos, comunicação eficaz com os doentes de forma a reconhecer e identificar as suas necessidades espirituais, permissão de momentos de escuta, apoio psicológico, relaxamento, toque e consolo.

Através do supracitado desenvolvi competências relativas à **garantia de um ambiente terapêutico e seguro**, centrados na pessoa e na prevenção de incidentes.

No **desenvolvimento de práticas de qualidade e no planeamento de programas de melhoria contínua** foram identificadas como oportunidades de melhoria em contexto de estágio a uniformização de práticas relativas ao feixe de intervenção na prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC). De forma a atingir este objetivo, foi realizada uma sessão de formação com os Enfermeiros do serviço, para a sensibilização deste tema. Foi também apresentada nova evidência científica, através de estudos atualizados e com a demonstração de pensos com compressas impregnadas em gluconato de clorohexidina. Após a formação recebi um feedback positivo, nomeadamente na atualização e apresentação de novos conhecimentos.

Adicionalmente e neste contexto foi possível a participação em formações promovidas pelo SMI e proferidas por Enfermeiros do próprio serviço, onde foram abordados temas como cuidados de Enfermagem ao doente com dreno torácico e traqueostomizado e uma nova tecnologia implementada denominada de PICCO.

No período decorrente do estágio, assisti ao 2º encontro de EEEMC do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental nos dias 7 e 8 de outubro de 2022. O tema do encontro focou-se no “Partilhar para crescer”. Foram abordados diversos temas desde a importância e contributo

do EE para as equipas, gestão em tempos de pandemia, intervenção na segurança do doente e a intervenção do mesmo no circuito assistencial (anexo X). Durante este encontro a presença de vários especialistas de contextos profissionais variados (UCI, bloco operatório, gestão e hospitalização domiciliária, etc.) contribuiu para uma partilha rica de experiências e de conhecimentos.

Neste contexto, foi ainda possível participar num *workshop*: “Terapias de depuração sanguínea e renal em contexto agudo” organizado pela Baxter que permitiu uma atualização dos conhecimentos relativos à terapia de órgão (anexo III). Foi abordado a nível teórico os acessos vasculares, mecanismos de diálise, diferentes métodos e novos conhecimentos relativos à técnica de plasmaforese (intercâmbio de plasma/albumina). A título prático foi encorajada a montagem de um sistema de diálise.

3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

No domínio da gestão de cuidados é pedido ao EE que faça a gestão dos cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a de saúde. Adicionalmente, este deverá adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia na qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140, 2019).

Em contexto de estágio, como resposta a este domínio, foi fundamental conhecer de forma aprofundada a organização e funcionamento da equipa de Enfermagem e multidisciplinar. Numa primeira fase, foi realizada uma leitura dos protocolos e normas do serviço e posteriormente uma compreensão de como era a dinâmica do serviço e que elementos é que a equipa multidisciplinar possuía, bem como da sua articulação. Através deste exercício, foi possível adaptar e otimizar os recursos disponíveis, orientando a melhor decisão possível com vista à qualidade dos cuidados (ex. articulação com a equipa de fisioterapia). Antes de prestar cuidados de higiene foi realizada a articulação com os mesmos de forma a compreender qual seria a melhor situação para o doente.

No âmbito da **colaboração nas decisões da equipa de saúde**, desempenhei um papel ativo em algumas situações, nomeadamente na participação de discussões entre a equipa de Enfermagem do que seria mais benéfico para o doente em termos terapêuticos (ex. organização de terapêutica contínua compatível entre si nos diferentes lúmens do CVC, escolha do melhor apósito para a realização de pensos, etc.).

No processo de cuidados ao doente nem sempre todos os problemas estiveram ao meu alcance para serem resolvidos, neste contexto foi necessário referenciar para outros profissionais de saúde, nomeadamente terapeutas da fala e fisioterapeutas. A referenciação neste hospital é feita através da equipa médica, no entanto, através da discussão entre equipa foi possível concluir que a referenciação para estes profissionais traria benefícios para o doente em questão e para uma recuperação o mais rápida possível através da remoção da sonda nasogástrica e da manutenção e fortalecimento da massa muscular.

Durante este período de estágio tive a oportunidade de observar e interagir com diversos tipos de liderança. Inicialmente tive contacto com esta temática através da unidade curricular “Gestão de Serviços”, onde foram abordadas as diferenças entre liderança e gestão bem como das características de cada estilo de liderança.

A liderança, é definida como a “capacidade de influenciar os outros para alcançar uma visão ou meta para a mudança, resultando de prática efetiva de comportamentos que são selecionados para atender às necessidades da situação” (Carneiro Rezende et al., 2013, p. 2276).

Nem sempre este é um processo fácil ou simples. Durante o processo de observação realizado em contexto de estágio, com maior incidência nos Enfermeiros Orientadores e no chefe de equipa dos turnos, foi possível constatar que nem sempre os recursos materiais ou humanos foram suficientes. Foi necessário adequar no momento as circunstâncias à realidade em questão, de forma que, aos doentes continuassem a ser prestados cuidados de qualidade com o mínimo de risco possível.

Neste contexto, foi também possível observar que a promoção de um ambiente positivo e favorável à prática contribuiu para uma equipa mais satisfeita e que se entretajudava mutuamente.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os cuidados de saúde, especificamente os de Enfermagem, exigem atualmente uma rigorosa vertente técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização nos cuidados, cada vez mais uma realidade que abrange esta classe profissional. Como tal, a necessidade do **desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade** e a **praxis**

clínica baseada em evidência científica é essencial para o desenvolvimento desta competência (Regulamento n.º 140, 2019).

O conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida, sendo que a palavra desenvolvimento, remete para o ato ou efeito de (se) desenvolver; passagem de um estado a outro, de tal modo que o seguinte é sempre mais perfeito do que o anterior; progresso, evolução e aumento das capacidades físicas ou intelectuais; crescimento (Porto Editora, 2023).

Segundo Benner (2001), o Enfermeiro, ao iniciar o seu processo de aprendizagem num determinado serviço previamente desconhecido, deverá basear-se em experiências previamente adquiridas que servem de alicerces no desenvolvimento das futuras competências. O facto de exercer funções numa unidade de cuidados intermédios na mesma instituição fez com que me sentisse mais familiarizada com alguns dos procedimentos e protocolos, nomeadamente com a monitorização hemodinâmica, leitura de traçados cardíacos e nos cuidados de Enfermagem ao doente submetido a ventilação mecânica não invasiva.

Para o desenvolvimento das competências neste domínio foi necessária uma avaliação e reflexão das capacidades enquanto Enfermeira de cuidados gerais, dos meus pontos fortes e fracos e das minhas necessidades formativas de aprendizagem. Neste estágio demonstrei como pontos fortes a minha capacidade de comunicação e estabelecimento de relação com o outro. Fui capaz de demonstrar autoconhecimento e assertividade com as minhas próprias emoções, nomeadamente em situações de stress como a entubação de doentes críticos, descompensações hemodinâmicas e na aplicação de protocolos terapêuticos complexos (*sugar I*, técnicas de substituição renal contínua, etc.).

Com a equipa multidisciplinar foi realizada uma integração linear, de respeito e de entreajuda. Esta relação que foi sendo desenvolvida com o tempo, demonstrou-se essencial no sentido que me permitiu ter acesso a outras experiências e conhecimentos, ex.: assistir à monitorização de um doente com cateter *swan-ganz* e do TIH para o bloco.

Em suma, apesar de toda a experiência profissional adquirida previamente, é necessário continuar a investir na busca do conhecimento, espírito crítico e aplicação efetiva da evidência científica na prática clínica. Neste contexto, foi necessária uma autorreflexão das experiências vividas e do porquê das mesmas, de basear as práticas em evidências e não por observação e no reconhecimento dos limites subjacentes à minha prática.

O EE deve alicerçar “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749). Nesse sentido, responsabilizei-me por ser um elemento facilitador no processo de aprendizagem através de uma postura humilde e interessada pelas experiências ao meu redor e às quais não tinha tido contacto prévio.

Por outro lado, atuei no sentido de diagnosticar necessidades formativas do serviço, nomeadamente na uniformização de práticas relativas à aplicação da *bundle* do CVC. Como tal, após a validação desta necessidade pelos meus pares no serviço, orientadores e professora orientadora prossegui com a preparação e apresentação desta formação durante o turno. Este foi um momento bastante relevante no meu processo formativo, uma vez que, permitiu desenvolver competências neste domínio.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No âmbito do desenvolvimento de competências de EE e procurando dar resposta aos objetivos delineados neste capítulo, realizei o estágio no SMI num Hospital da área da Grande Lisboa.

Neste capítulo será usado como fio condutor, as competências específicas do EE, definidas pela OE, o projeto de estágio realizado e os objetivos delineados da unidade curricular.

O referido hospital abrange uma grande área de densidade populacional multicultural, dando apoio a 650.000 habitantes dos concelhos limítrofes da área da Grande Lisboa, assistindo população oriunda de Angola, Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé-e-Príncipe, Brasil, Ucrânia, China entre outros (Costa, 2015).

O EEEMC na área à pessoa em situação crítica presta cuidados de Enfermagem especializados, “altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19362). Tem como propósito dar resposta às necessidades afetadas e “manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19362).

É um elemento-chave desde a conceção à gestão de cuidados de maior complexidade. Abrange não só os cuidados ao doente crítico, bem como à sua família/cuidador conciliando de forma sistémica a observação, colheita e procura contínua de dados com o propósito de conhecer a situação do doente como alvo de cuidados e de prever e detetar precocemente as complicações. Desta forma o EE é capaz de intervir de forma precisa, concreta e em tempo útil (Regulamento n.º 429, 2018).

Sendo o centro do mestrado e da especialidade o cuidado ao doente crítico e à sua família, seria imprescindível a passagem pelo SMI, por forma a consolidar e desenvolver conhecimentos. As UCI’s englobam uma complexidade de cuidados acrescida, visto que a gravidade do estado clínico dos doentes é maior. É por isso considerada uma área hospitalar de substancial risco de morbilidades e mortalidade com necessidade de atuação diferenciada (de Vos et al., 2007).

O SMI integra três unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE – unidade de nível III), a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP – unidade de nível III) e a Unidade de Cuidados Intensivos II (UCI II – unidade de nível II).

As unidades de nível II são caracterizadas por terem capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais. Podem não fornecer meios de diagnóstico e especialidade médico-cirúrgicas específicas. Articulam-se com a hierarquia superior (UCI nível III) e trabalham de forma conjunta e integrada (Penedo et al., 2013).

As unidades de nível III, têm equipas próprias (médica e de Enfermagem) disponíveis 24 horas por dia e dispõem de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica (Penedo et al., 2013).

A UCICRE localiza-se no 4º piso, estando equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticas necessárias (monitorização eletrocardiográfica, oximetria periférica, linha arterial, capnografia, *bi*-spectral index, eletroencefalograma contínuo, monitorização de pressão venosa central, ecógrafo, etc.). Conta com um *openspace* com 4 camas e 2 quartos singulares de isolamento.

A UCIP e a UCI II localizam-se no 2º piso e contam com os mesmos meios de diagnóstico, terapêutica e monitorização da UCICRE. A UCIP conta com um openspace com 8 camas disponíveis e 2 quartos singulares de isolamento.

A UCI II conta com 15 camas, sendo que uma é isolamento. Esta é uma unidade recente que foi construída durante a pandemia do *Coronavírus* com o propósito de dar resposta às necessidades da altura. É, no entanto, uma unidade com algumas particularidades pelo espaço físico alargado, em que a comunicação entre a equipa se torna uma barreira devido aos diversos alarmes e barulhos de fundo. A comunicação entre elementos da equipa conta com o apoio de câmaras de vigilância internas, *walkie-talkies* e do alarme de ajuda que pode ser desencadeado através do monitor do doente em questão.

De acordo com o projeto de estágio desenvolvido para esta unidade curricular, com base nas competências específicas do EE, defini como objetivo geral: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.** Como específicos foram definidos:

- 1. Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar;**
- 2. Desenvolver cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica complexa, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;**
- 3. Desenvolver e aplicar conhecimentos relativos ao controlo de infeção.**

Por forma a dar resposta aos objetivos propostos realizei um planeamento das intervenções com recurso a um *Gant chart*, de acordo com o espaço temporal do estágio.

Nas primeiras duas semanas, dediquei-me essencialmente ao conhecimento das estrutura física e funcionamento do SMI, à leitura de normas e protocolos pré-existentes, ao levantamento das patologias mais frequentes e ao início da integração na equipa multidisciplinar.

A primeira fase do estágio simplificou-se pelo facto de trabalhar atualmente na mesma instituição, logo o sistema informático era o mesmo e algumas das normas eram iguais ou semelhantes, o que me deu a vantagem de passar para a fase seguinte: integração na equipa multidisciplinar e pesquisa teórica de algumas das patologias e técnicas mais usais.

A equipa do SMI é rotativa por todas as unidades acima descritas e conta com equipas fixas de: Enfermagem, médica, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas e nutricionistas que diariamente prestam apoio aos doentes internados.

Relativamente à equipa de Enfermagem e por forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados a doentes altamente complexos e em situação crítica, o rácio Enfermeiro/doente é de 1 Enfermeiro para cada 2 doentes (máximo) durante todos os turnos. Segundo a OE o número ideal de Enfermeiros por doente não é possível ser padronizado e irá depender do grau de assistência do doente e da sua complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A integração na equipa multidisciplinar foi progressiva e a sua abertura à minha presença aconteceu com bastante naturalidade. Durante este processo já por si complexo, senti-me sempre bem acolhida, o que permitiu desenvolver a comunicação com os diferentes parceiros de cuidados e vice-versa. Esta ligação foi de especial importância com a equipa de Enfermagem e médica, uma vez que permitiu discutir situações de doentes a mim atribuídos e transpor para a prática a evidência científica nesses momentos.

Na UCI, os primeiros impactos com doentes de elevada complexidade e com necessidade de vigilância constante não foram fáceis. Foi necessário estudar sobre diversos assuntos nomeadamente VMI, protocolos terapêuticos complexos, terapêuticas (sedativos, curarizantes, analgésicos, etc.), monitorização hemodinâmica e patologias mais frequentes.

Quanto às patologias mais usais no SMI foi possível prestar cuidados de Enfermagem a um leque variados de pessoas em situação crítica uma vez que engloba UCI Cirúrgicos e UCI Polivalentes. Do levantamento de patologias encontradas ao longo do estágio destaco: acidente vascular cerebral, pneumonia a Coronavírus, choque séptico e cardiogénico, insuficiência respiratória, pneumonia nosocomial, edema agudo do pulmão, entre outros.

A prestação de cuidados de Enfermagem aos doentes pode ser descrita, segundo Benner (2001) em cinco níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo a autora, conclui-se que “os diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspetos gerais, que se introduzem aquando da aquisição de uma competência” (Benner, 2001, p. 60). O primeiro nível é referente à passagem de princípios abstratos à utilização de uma experiência passada específica. O segundo nível é a modificação da forma como o

Enfermeiro se apercebe de uma certa situação, consegue ter uma visão global e não apenas de elementos isolados. O terceiro nível é a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2001).

Inicialmente e aquando da chegada ao SMI vi-me inserida entre o primeiro (iniciado) e o segundo (iniciado avançado) estado do nível de competência segundo Benner relativamente à competência na prática clínica de Enfermagem.

Visto ser o primeiro contacto com uma UCI e estar a integrar um novo serviço em que os objetivos e os aspetos inerentes não me eram familiares foi necessário um comportamento típico e rígido que se centrasse em regras. Foi uma transição entre a teoria e a prática em que houve alguma dificuldade em integrar nos cuidados prestados assim como a priorização dos mesmos.

A transição para o segundo nível – iniciado avançado – deveu-se ao facto de ter experiência anterior em ambiente de doente crítico e com isso, experiência em reconhecer aspetos de deterioração ou alteração em situações reais.

Relativamente às principais dificuldades, destacam-se os cuidados ao doente ventilado devido à falta de experiência. Foi um misto de sentimentos de excitação por aprender algo novo e receio pela complexidade. Foi necessário atualizar conhecimentos sobre esta temática: modos ventilatórios, cuidados de Enfermagem e *bundles* de controlo de infeção.

A VMI substitui a função respiratória do doente. São várias as indicações para o início desta técnica consoante o tipo de patologia: falência da função respiratória, das vias aéreas, ventilatória, etc. As principais indicações para iniciar a VMI são a insuficiência respiratória, doenças do foro cerebral e a sedação (Mendes et al., 2020).

É a substituição da atividade espontânea do doente devido à incapacidade do mesmo para a manter. Esta técnica exige conhecimentos específicos visto ser necessário interpretar alarmes e sinais com necessidade de atuação atempada para a melhor adaptação possível do doente ao ventilador. No entanto, a VMI tem limitações às quais o Enfermeiro deve estar alerta uma vez que não consegue mimetizar todas as funções normais da ventilação espontânea (Mendes et al., 2020).

Durante este percurso de aprendizagem houve vários momentos de *debriefing* e de análise dos modos ventilatórios com os orientadores, com o objetivo de compreender o seu funcionamento e parâmetros (volume corrente, volume minuto, frequência respiratória,

pressão expiratória positiva final, relação inspiração-expiração, oxigénio, *trigger* e pressão de *plateau*). Após o estudo e compreensão destes, foi possível a título de exemplo, compreender que a pressão de *pico* é a pressão máxima das vias aéreas e pode traduzir-se em sinais de alarme devido ao aumento das secreções, sedação inadequada, reflexo de tosse do doente, oclusão do tubo endotraqueal, broncoconstrição etc. (Mendes et al., 2020).

No contexto da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente ventilado, foi de extrema importância a leitura e transposição para a prática das *bundles* de controlo de infeção ao doente ventilado. Através do documento emitido pela Direção-Geral da Saúde, foi possível constatar que muitas das intervenções e cuidados prestados pela equipa já iam ao encontro do estabelecido, alcançando desta forma uma garantia de cuidados de qualidade e assegurando a segurança do doente.

Através da revisão da literatura, senti-me mais segura na prestação dos cuidados e na identificação dos sinais de alerta, o que conseqüentemente, orientou uma resposta dirigida às problemáticas encontradas.

Através da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente ventilado, conheci o equipamento necessário e realizei a montagem e testagem de vários tipos de ventiladores, sobre a supervisão e acompanhamento dos Enfermeiros orientadores.

Durante os turnos realizados assisti e participei na entubação e extubação de doentes. Foi essencial para compreender que a preparação para este momento é crítica. É um momento de grande tensão em que a atuação rápida é necessária. Como tal, o equipamento deverá estar testado e disponível a quem entuba o doente, a sedação e analgesia devem estar previamente preparadas e o carro de via aérea junto para qualquer eventualidade. **Desta forma desenvolvi uma das competências específicas, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica.**

Relativamente aos cuidados de Enfermagem prestados, e segundo a literatura as principais intervenções realizadas foram (Direção-Geral da Saúde, 2017b; Mendes et al., 2020):

- Promoção do controlo de infeção (feixe de intervenção do doente ventilado) e de infeções cruzadas;
- Garantir a correta fixação do tubo endotraqueal através da verificação a cada turno (e sempre que necessário) do nível do tubo na comissura labial;

- Manutenção da pressão do *cuff* (entre 20-30mcH20) através da avaliação com o cuffometro;
- Higiene oral com gluconato de clorohexidina 0,2% pelo menos três vezes ao dia, em doente em UCI há mais de 48 horas;
- Cabeceira elevada a 30°;
- Aspiração de secreções brônquicas através do sistema de aspiração fechado, para redução de infecção cruzada;
- Avaliação diária das mucosas para prevenção de úlceras de pressão – com alternância na fixação do tubo endotraqueal, hidratação das mucosas e região ocular;
- Substituição do filtro hidrostático diariamente ou sempre que haja presença de condensação de água ou secreções brônquicas.

Através dos cuidados prestados e supracitados desenvolvi conhecimento e competências na prestação de **cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Respondi de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade** antes mesmo dos mesmos se desenvolverem (ex. aspiração de secreções em doentes com risco de dessaturação ou assistência a um doente que iniciou um quadro de pieira associado a dessaturação discreta – neste caso em concreto e por suspeita de um quadro de edema agudo do pulmão, foram identificados estes sinais e sintomas e a doente foi prontamente sentada no leito, incrementado o oxigénio e pedido apoio e observação por parte da equipa médica).

Numa UCI em que as componentes humanas e tecnológicas são intrínsecas no cuidar do outro e segundo a teoria de Rozzano Locsin, a “Competência tecnológica como cuidado em enfermagem”, existem importantes pontos de partida teóricos no uso competente da tecnologia, com enfoque no cuidado do outro como um todo e não apenas no tratamento da sua condição médica (Krel et al., 2022).

Atualmente os cuidados de saúde são auxiliados pelos meios tecnológicos existentes e disponíveis ao seu dispor, sendo que através destes é possível atingir o melhor *outcome* para a pessoa a ser cuidada. Muitas vezes a perícia no campo tecnológico pelos profissionais de saúde é percecionado como a antítese do cuidado, uma vez que a atenção

está focada na tecnologia ao invés da pessoa. No entanto, a premissa da teoria é que ser tecnologicamente competente é prestar cuidados de qualidade. A competência tecnológica em Enfermagem é o processo de conhecer a pessoa como um todo, através do uso de tecnologia. Embora estes conceitos se possam tornar desafiadores, é fundamental que ocorram de forma harmoniosa, favorecendo o entendimento da competência tecnológica como expressão do cuidar em Enfermagem (Locsin, 2020).

No contexto de estágio, esta teoria não poderia ter sido mais adequada visto que muitas das vezes o doente fica em parte dependente do apoio tecnológico por estar ventilado, sedado e/ou curarizado, com limitações a nível comunicacional não conseguindo expressar-se da forma tradicional. A competência tecnológica desenvolvida demonstrou-se essencial na compreensão de sinais dos doentes críticos nas condições previamente descritas, o que promoveu uma melhor compreensão da situação e conseqüentemente uma atuação dirigida com enfoque em resolver a situação. Ex. doente ventilado, sedado e curarizado com aumento da frequência cardíaca sinalizada pelo monitor, após a administração de analgesia reduziu a frequência e o monitor deixou de alarmar.

Esta teoria tem como enfoque o conhecer do outro, usando a competência tecnológica. Conhecer o outro como pessoa é imprescindível para que este modelo possa ser aplicado, desta forma, é essencial entrar no mundo da pessoa a ser cuidada, estabelecendo uma relação de confiança, confiança, comprometimento e compaixão (Locsin, 2020).

Associada à VMI e incluída nos cuidados de Enfermagem é de se destacar a comunicação com o doente ventilado. É um desafio para o qual não estava preparada, uma vez que o doente não consegue verbalizar devido à presença de um tubo endotraqueal/traqueostomia ou a efeitos farmacológicos, acabando por se criar uma barreira à comunicação verbal (Cabrita et al., 2022).

A comunicação em Enfermagem é essencial. É através dela que se consegue estabelecer uma relação com o doente de forma a compreender as suas necessidades físicas e emocionais. O Enfermeiro é o elemento da equipa que mais tempo passa junto do doente (Cabrita et al., 2022). Sendo o estágio focado nas funções do EE e sendo a comunicação uma das competências a desenvolver, foi necessário realçar a necessidade da promoção da comunicação em doentes com barreiras, encontrando as estratégias para as ultrapassar.

De acordo com vários estudos constatou-se que os doentes com estas limitações não se sentem compreendidos devido ao facto de se estarem inibidos de verbalizarem ou

expressarem as suas necessidades, originando sentimentos de ansiedade, irritação, desespero, angústia, raiva, stress e depressão após alta da UCI (Cabrita et al., 2022).

A implementação de estratégias de comunicação resulta em benefícios para o doente e à sua família, traduzindo-se na expressão e controlo da dor, do nível de segurança sentida, motivação e satisfação (Cabrita et al., 2022).

Desta forma procedi à pesquisa de estratégias de comunicação com esta tipologia de doente. De forma geral a estratégia mais comum foi a comunicação aumentativa e alternativa (CAA). Este tipo de comunicação pode ter por base auxílio tecnológico ou não, no caso de não se recorrer à primeira opção, pode ser usada a linguagem corporal, aperto de mão, mímica labial, expressão facial, aceno com a cabeça ou apontar objetos (Cabrita et al., 2022).

Pode ainda optar-se por placas de letras, símbolos, alfabeto, livros de imagens ou utilização de papel/caneta. Com base tecnológica é descrito o uso de dispositivos geradores de voz e equipamentos eletrónicos, como o *tablet* ou computador com recurso a aplicações de comunicação facilitadora (Cabrita et al., 2022).

No SMI esta necessidade dos doentes foi essencialmente colmatada com recurso à mímica labial, apontar para objetos e através de livros de imagens que já existiam no serviço.

Da minha experiência pessoal, o facto dos doentes se sentirem ouvidos e compreendidos resultou numa maior colaboração nos cuidados prestados, estado de calma e tranquilidade.

Através das intervenções previamente descritas, demonstrei **conhecimentos em técnicas de comunicação e estratégias facilitadoras na pessoa com “barreiras à comunicação”**. **Adicionalmente adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde do doente crítico em questão e demonstrei conhecimentos na gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa.**

A família e cuidados dos doentes não foram esquecidos durante todo este processo. Embora não exista uma definição específica do conceito de família, devido à sua complexidade e diferentes vertentes, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2019) define família como: “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018).

Neste contexto foi essencial incluir e envolver os familiares e cuidadores dos doentes internados durante as visitas que realizaram. Sendo o SMI um serviço altamente complexo nem sempre as visitas tiveram a duração desejável, no entanto durante estas, realizei o acolhimento aos familiares explicando o serviço e as suas normas. Estive também presente durante o primeiro contacto do familiar do doente (1ª visita), neste momento esclareci dúvidas relativamente aos dispositivos e questões relacionadas com dor e desconforto. Foi também encorajado o toque entre os familiares e o doente, mesmo que este tivesse sedado e/ou curarizado, uma vez que o toque e a proximidade física são formas importantes de comunicação que se traduzem em afeto, envolvimento, sinceridade, compreensão, respeito, apoio, segurança e valorização do ser humano (Roxo, 2008).

Durante o estágio, uma das situações mais marcantes foi de um doente sob ventilação mecânica não invasiva que entrou em paragem cardiorrespiratória, enquanto lhe prestava os cuidados de higiene durante o período da manhã. Foi de imediato iniciado suporte básico de vida e informada a equipa médica. Devido à rápida intervenção da equipa houve recuperação espontânea da circulação cardiopulmonar. Após avaliação do caso clínico e do estado geral do doente, a equipa médica decidiu manter a ventilação mecânica não invasiva. Infelizmente e devido a várias comorbilidades do doente, este acabou por falecer durante o período da tarde. No declínio do seu estado de saúde e entrada na fase agónica foi de extrema relevância incluir os familiares neste processo. Neste caso em específico foi contactado o irmão. Durante a visita acompanhei-o até ao doente e permaneci junto do mesmo durante algum tempo. As cortinas foram fechadas de forma a proporcionar o máximo de privacidade possível numa UCI *openspace*. Após a equipa médica ter esclarecido o sucedido junto do mesmo foi encorajado que estivesse perto do seu familiar. Do meu ponto de vista, este processo teve em vista a **dignificação da morte, facilitando o processo do luto ao familiar**.

No contexto do desenvolvimento de competências de EEEMC, designa-se como uma das três competências específicas:

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação

crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19364).

O EE deverá conceber um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) e de Resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429, 2018).

No contexto atual, a prevenção das IACS são uma componente vital no processo que é a segurança do doente, deste modo considerou-se importante uma revisão de literatura atualizada sobre as IACS e suas consequências, com uma visão aprofundada ao nível do CVC em contexto hospitalar.

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são uma preocupação atual e crescente a nível mundial. É uma problemática a que todos os serviços de saúde estão sujeitos e que não pode ser ignorada (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2019).

São definidas como infeções desenvolvidas no contexto da prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar ou em qualquer outra instituição de saúde. Inclui infeções adquiridas durante o internamento, depois da alta e infeções dos funcionários. A maioria das IACS têm um período de incubação de 48h e tornam-se evidentes a partir daí. São consideradas como um dos eventos adversos mais comuns a nível hospitalar (World Health Organization, 2011).

Tem uma relevância extrema no contexto atual, uma vez que conduz a estadias mais prolongadas a nível hospitalar, aumento das comorbilidades e mortalidade, da resistência dos microrganismos aos agentes microbianos e um custo financeiro adicional aos sistemas de saúde. São consideradas uma epidemia silenciosa e cada vez mais preocupante na atualidade (World Health Organization, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2018).

Podem ser causadas por fatores endógenos ou exogéneos. Fatores endógenos são locais do corpo tais como a pele, nariz, sistema gastrointestinal que, normalmente são colonizados pela flora microbiana local. Estes microrganismos podem tornar-se invasivos perante certas condições e a sua transmissão ocorre geralmente pela contaminação das mãos dos profissionais de saúde. Fatores exogéneos são os fatores externos ao doente, tais como os

profissionais de saúde, visitas, equipamento e dispositivos médicos e o ambiente hospitalar (World Health Organization, 2011).

Em Portugal realizou-se um estudo de prevalência de IACS e resistência a antimicrobianos nos hospitais europeus de cuidados agudos, em 2017, apoiado pelo *European Centre for Disease Prevention and Control*. O relatório deste estudo demonstra que 1 em cada 13 doentes desenvolveram uma IACS que se traduz numa prevalência global de infeção de 7,8% e que 4 em cada 13 doentes necessitaram de fazer 1 antibiótico. Este estudo reforça ainda que 8 em cada 10 infeções são adquiridas num hospital (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2019).

No contexto atual de estágio em UCI são vários os dispositivos passíveis de serem manipulados e como tal de serem considerados como fatores de risco exógenos de IACS para os doentes. O CVC não é exceção. Como tal, decidi aprofundar o meu conhecimento e sensibilizar os Enfermeiros da unidade dos feixes de intervenção em vigor, também conhecidos como *bundles*, um conjunto de intervenções que funcionam em conjunto para prevenção das IACS e que, caso não sejam aplicadas em conjunto não se obterá o resultado previsto (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Segundo dados apurados no Relatório Anual Prioritário: Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, em Portugal entre os anos de 2013-2017 em contexto de UCI, verificou-se que o valor de incidência dos últimos cinco anos, em termos de infeção relacionada com o CVC, constata que os números variam entre 1,0 e 1,9 por 1000 dias de cateter. Fora das UCI a incidência é mais elevada, variando entre 1,9 e 2,5 por 1000 dias de cateter (Infeções e Resistências Aos Antimicrobianos: Relatório Anual Do Programa Prioritário, 2018).

Em 2021, no SMI e através de dados fornecidos pelo Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do hospital onde realizei estágio: Na UCIP a incidência das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) foi de 5,62 por 1000 dias de cateter. Sendo que taxa de incidência por *Staphylococcus aureus* por 1000 dias foi de 0,37 e por *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* de 0,19%. Na UCICRE a incidência das INCS foi de 1,62 por 1000 dias de cateter e a taxa de incidência por *S Staphylococcus aureus* e *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* de 0%.

De forma a corresponder aos objetivos traçados no projeto de estágio e das competências específicas do EE foi decidido, juntamente com os Enfermeiros orientadores, e após

avaliação de práticas realizadas no serviço que seria relevante uma sessão de formação aos Enfermeiros no serviço, com o objetivo de sensibilizar para a aplicação da *bundle* (apêndice II). Os objetivos específicos traçados foram:

- Reconhecer a importância na prevenção de infeções relacionadas com a manipulação do CVC;
- Uniformizar práticas referentes ao manuseamento do CVC, através do feixe de intervenção.

Através da preparação para esta sessão desenvolvi competências através da pesquisa de evidência científica atualizada.

Adicionalmente foi realizado um estágio observacional no serviço do PPCIRA durante dois turnos. Apesar do curto período temporal foi possível ter uma compreensão do trabalho realizado por este grupo. Foi necessária uma pesquisa de quais os objetivos deste programa. Segundo Diário da República, o objetivo geral deste programa é,

A redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde. (Diário da República, 2022, p. 9).

A governação do PPCIRA é dividida em três níveis: central, regional e local. As unidades locais do PPCIRA são a nível hospitalar e estão presentes em todos os estabelecimentos (Despacho nº 10901, 2022).

Após uma compreensão mais concreta do trabalho desenvolvido por este grupo, delineei como objetivos/questões de maior interesse, a compreensão da articulação direta com os serviços, qual o elo de ligação entre os mesmos e o grupo, como se procede na avaliação de um doente com microrganismos multirresistente e que metas são estabelecidas para cada serviço em termos de controlo de infeção.

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar uma das Enfermeiras durante o seu dia de trabalho, tendo-me mostrado como se realiza a monitorização, a contabilização dos

microrganismos multirresistentes e casos de *Coronavirus-19* a nível hospitalar e, como é que após detetar estes casos se articulam com os serviços.

Para a monitorização destes casos é extraído a nível informático diariamente todos os casos positivos, sendo que, após a recolha destes dados é realizada uma avaliação de quais os casos multirresistentes e os de *Coronavirus-19* realmente ativos. Após esta seleção, é feito o contacto com os serviços informaticamente, escrevendo quais as medidas a serem adotadas e/ou presencialmente onde se tem a oportunidade de realizar em simultâneo uma auditoria informal. Adicionalmente pode ser feito um contacto telefónico com o elo de ligação do serviço em questão. Desta forma, compreendi como era realizada a articulação com os serviços e quais os elos de ligação entre estes. Estes últimos são escolhidos por cada serviço. Mensalmente é realizada uma reunião com todos os elos, por forma a garantir uniformização de práticas e melhoria dos cuidados.

O trabalho do PPCIRA inclui adicionalmente quatro vertentes: vigilância epidemiológica, auditorias (higienização das mãos, precauções básicas de higiene e controlo de surtos), formação e manutenção das boas práticas.

Relativamente às metas estabelecidas para cada serviço em termos de controlo de infeção, cada serviço é único, e como tal as metas são adaptadas anualmente consoante as suas características. Estas podem ser encontradas no plano de atividades de cada serviço.

No decorrer do desenvolvimento de competências, o EEEMC “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19359). Esta foca-se na atuação em situação de emergência, exceção ou catástrofe, em que o EE deverá conceber, planear e gerir a resposta da equipa (Regulamento n.º 429, 2018).

Durante o estágio não houve a oportunidade de desenvolver de forma prática esta competência específica, como tal, procedeu-se à leitura do plano nacional de Emergência de Proteção Civil e de documentos internos do hospital, dando resposta a um dos pontos deste objetivo específico: “Planeia resposta à situação de catástrofe” (Regulamento n.º 429, 2018, p. 19364).

A catástrofe é definida como:

Acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Diário da República, 2023, p.1).

A resposta a estes acontecimentos imprevisíveis e as medidas de atuação para a população em geral estão contemplados no plano de emergência de proteção civil (Diário da República, 2023). Atualizado em 2021, é um instrumento de apoio às operações em situações de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental. Tem como objetivo definir as ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adotar (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021).

Com base neste plano, foi lançado a nível interno hospitalar o Plano de Catástrofe Externa e o Plano de Segurança Interno. Estes pretendem responder a situações geradas por fatores ou acontecimentos externos inesperados ([REDACTED], 2022). É designado como plano de catástrofe as “alterações de funcionamento dos serviços de Urgência e de todo o Hospital que são necessárias para responder a uma situação inesperada.” ([REDACTED], 2022, p.6).

Através deste plano é expectável uma resposta adequada a um afluxo anormal de doentes, bem como da sua correta triagem. Atualmente, nesta unidade hospitalar, é utilizado o protocolo de *Manchester*. Dos riscos com maior probabilidade de acontecer destacam-se: cheias/inundações, acidentes rodoviários e incêndios urbano ([REDACTED] [REDACTED]).

A ativação do plano poderá ser realizada por três entidades: Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil, pelo INEM, ou pelo chefe de equipa do serviço de Urgência Geral devido a um fluxo atípico de doentes num curto espaço de tempo. A gestão e tomada de decisões durante estes acontecimentos é da responsabilidade do grupo de Gestão de Emergência, definido a nível hospitalar ([REDACTED], 2022). No SMI, o coordenador da equipa de emergência é composto pelo Enfermeiro chefe de equipa e pelo de médico de serviço.

No SMI, devido às suas particularidades e complexidade de doentes, foi necessária a adaptação do Plano de Segurança Interno, com enfoque na evacuação. Neste plano são definidos os responsáveis e as ações que devem ser desenvolvidas em situações de crise ([REDACTED], 2019).

As emergências são classificadas em três tipos consoante a sua gravidade e possíveis consequências ([REDACTED], 2019):

- Emergência tipo 1: Princípio/Ameaça de Emergência - Qualquer risco e/ou acidente que poderá ser controlado pela equipa presente no local de forma rápida e simples;
- Emergência tipo 2: Emergência Parcial – Acidente que necessita de ser controlado através da atuação das equipas do hospital ou de serviços externos. Poderá ser necessário evacuar doentes;
- Emergência tipo 3: Emergência Geral – Acidente que implica a intervenção das equipas do hospital e de apoio exterior para socorro e evacuação de um piso, ala ou de todo o edifício.

Para a ativação de emergência, os meios de comunicação disponíveis são: Botoneiras de alarme, telefones, emissores/recetores, rádio e telemóveis ([REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Durante o meu estágio e após estar alerta para estas informações, identifiquei os locais onde estes meios estavam situados.

Perante uma emergência o Plano de Emergência Interno concebeu uma sequência de ações a adotar. Ao detetar a emergência, o profissional deverá acionar de imediato a botoneira de alarme e/ou ligar para a central telefónica. Após receber o contacto, o operador estabelece o contacto com a equipa de intervenção imediata: o vigilante e um elemento do posto da polícia do hospital. Após a verificação da emergência por um destes elementos é contactada a equipa de intervenção. Caso seja qualificada como parcial ou geral deverá ser solicitada a intervenção dos bombeiros, polícia, ou outros, consoante a sua gravidade ([REDACTED], 2019).

No caso de ser necessário uma evacuação na UCICRE, localizada no 4º piso, poderá ser realizada de duas formas: horizontal (para os serviços adjacentes) ou vertical (piso abaixo). Preferencialmente a evacuação deverá ser realizada na horizontal assegurando que todos os doentes deverão ser evacuados na sua cama/cadeira de rodas com monitorização e disponibilidade de medicação de emergência. Os doentes com necessidade de suporte de

vida, nomeadamente VMI, e/ou perfusão de amins, deverão ser encaminhados para a UCIP através do elevador de emergência. Durante a evacuação, de acordo com o grupo atribuído, os doentes deverão ser deslocados com o mínimo de equipamento possível (██████████, 2019).

Numa situação em que a evacuação seja necessária é de extrema importância definir os critérios de classificação para que a mesma ocorra da melhor forma possível. No SMI, os doentes são classificados diariamente em quatro grupos, indicando a ordem de evacuação. A tabela de classificação tem por base a necessidade de suporte vital no momento da evacuação. Esta é realizada por ordem crescente (1-4) sendo os doentes do grupo 1 os primeiros a serem evacuados. A classificação dos doentes foi adaptada de acordo com o artigo “Evacuation plan of an intensive care unit: A new quality indicator” (Palacios, M., et. al, 2009).

Durante o meu estágio na unidade realizei esta avaliação diariamente, registando na folha de Enfermagem do doente. Foi debatido com o Enfermeiro orientador questões relativas à classificação nos diversos grupos e avaliação dos doentes durante o processo (██████████, 2019).

No desenvolvimento desta competência e após a leitura dos documentos internos fiquei também alerta para a identificação dos meios de intervenção (extintores, bocas de incêndio, botões manuais de alarme, etc.), mantendo o acesso aos mesmos desobstruídos. Verifiquei também se a unidade do doente apresentava material adequado para um transporte seguro em caso de evacuação. Segundo a norma emitida pelo hospital o doente deverá ser transportado com: reserva de oxigénio suficiente, insuflador manual com máscara facial, ventilador de transporte, fármacos de reanimação em bólus e outros aplicáveis relevantes.

Em caso de incêndio, só deverá ser utilizado o extintor caso tenha havida formação prévia e enquanto as equipas de emergência não estiverem no local. Desta forma considerei relevante participar num curso de formação interna do hospital em “Segurança Contra Incêndios: Intervenção e Evacuação de utentes e profissionais”. Através desta formação pretendeu-se apresentar as medidas de autoproteção (medidas de prevenção e organização da segurança para a emergência) e funções da equipa de evacuação. Esta formação contou com uma componente prática de combate a incêndios, tendo em conta os diferentes tipos de extintores e a recomendação para o tipo de incêndio e local afetado.

Ao longo do estágio e no processo de me tornar EEEMC, desenvolvi a competência específica de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe recorrendo ao descrito anteriormente com enfoque em salvaguardar as condições de segurança dos doentes, triagem através da tabela de classificação de evacuação e garantindo um conhecimento atualizado dos planos de emergência da unidade hospitalar, em concreto do SMI.

A componente prática e teórica desenvolvida neste estágio assumiu um papel fundamental na aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Através deste processo foi possível desenvolver-me profissional e pessoalmente, contribuindo para os melhores cuidados possíveis apoiados em evidência científica atualizada.

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa o aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas científicas, relacionais, ético-deontológicas e técnicas, com base em conhecimento previamente adquirido em contexto de formação profissional e académico base através da licenciatura. Segundo o guia da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, o EE durante este processo é dotado de “ferramentas” que o ajudam na consolidação no seu processo de aprendizagem e o iniciam nesta nova fase, promovendo o seu crescimento.

O mestrado e especialidade visam ainda, o desenvolvimento da competência de investigação e inovação que confere a aquisição do grau académico de mestre e o título de EE na área de Enfermagem área à pessoa em situação crítica.

Segundo o artigo 15.º publicado a 16 de Agosto de 2018 em Diário da República o grau de mestre é conferido aos que demonstrem conhecimentos e capacidade de compreensão nos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, que os desenvolva e aprofunde e que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162) Adicionalmente é pedido que saiba “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.” (Decreto-Lei n. 65, 2018, p. 4162).

É proposto aos estudantes do segundo ciclo de estudos que demonstrem a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, compreensão e capacidade de resolução de novos problemas, adaptação a contextos não familiares e aplicação de conhecimentos com recurso a conhecimento científico e de investigação.

Nesse sentido, de forma reflexiva, constato que, através da análise das experiências vivenciadas consegui atingir este objetivo aplicando o conhecimento científico a casos práticos, aplicando protocolos complexos e com a apresentação de nova evidência científica e conhecimentos à equipa de Enfermagem (ex.º pensos de CVC impregnados com clorhexidina), com base no processo de aprendizagem vivenciado ao longo das unidades curriculares do mestrado, da pesquisa bibliográfica realizada e da discussão entre equipa multidisciplinar. Demonstrei também capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares no SMI, através da conciliação da vertente tecnológica com o conhecimento científico na identificação de problemas ou de potenciais riscos para o doente.

Adicionalmente no desenvolvimento desta competência, contribuiu a realização de uma *scoping review* relacionada com o TIH, realizada em conjunto com uma colega de mestrado. Nesta metodologia de investigação foi necessária a pesquisa e integração de novos conhecimentos teóricos, visto ser uma experiência nunca antes realizada. Através da mesma foi necessária a revisão teórica, baseada na unidade curricular “Métodos de investigação”. Neste contexto, foi realizada numa primeira fase uma pesquisa sobre a temática, de forma a perceber se haveria bibliografia científica atualizada sobre a mesma ou algum trabalho já realizado nas bases de dados CINAHL *complete*, MEDLINE *complete*, *Nursing&allied health collection comprehensive*, *MedicLatina* e *Cochrane central register of controlled trials* através da EBSCO, via Ordem dos Enfermeiros,

O objetivo da *scoping review* foi de mapear o conhecimento atual sobre os fatores que predisõem a ocorrência de eventos adversos no TIH da pessoa em situação crítica. Para o protocolo de investigação foi usado o *review protocol template*, do *Joanna Briggs Institute* (2020) e definida e formulada a questão de investigação: “Quais os fatores que predisõem a ocorrência de eventos adversos no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica?”. Os critérios de inclusão dos artigos nesta revisão são definidos segundo a mnemónica PCC, em que “P” é a “população”, que neste caso são pessoas em situação crítica; “C” é o “conceito”, são os fatores que predisõem “eventos adversos”; o “C” de “contexto”, corresponde ao TIH. Adicionalmente foram definidos os descritores e os operadores booleanos para as diferentes bases de dados. Foram incluídos artigos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários, publicados entre 2017-2022 nos idiomas inglês, português e espanhol. O período temporal escolhido justifica-se pela

maior incidência de publicações e investigação. As palavras-chaves definidas foram: eventos adversos, pessoa em situação crítica, segurança e TIH.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE®) via *PubMed*; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL®) via EBSCO e *Scopus Content Selection and Advisory Board*, com a devida adaptação dos descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) nas diferentes bases de dados.

Numa segunda fase foi realizada a seleção dos artigos através dos duplicados, título, *abstract* e texto completo, e construído o diagrama de fluxo - PRISMA-ScR (apêndice III). Esta etapa foi realizada por 2 revisores independentes de forma “cega”, por meio do *Rayyan Qatar Computing Research Institute*, as dúvidas de interpretação foram resolvidas por um terceiro revisor externo. Após a seleção final dos artigos foi construída uma tabela de análise e realizada uma discussão dos resultados obtidos bem como da conclusão final.

Através da nossa pesquisa e da aplicação do método científico neste projeto, foi possível desenvolver a componente de investigação, mapeando o conhecimento científico atual relacionado com a temática em estudo. Em termos de conclusão, o protocolo final foi transformado num artigo com o objetivo de ser publicado numa revista científica, como trabalho original, razão pela qual não é apresentado no presente relatório.

Para o desenvolvimento desta competência como mestre foi também realizada, com base no acima descrito, uma outra *scoping review* em conjunto com colegas de mestrado, sobre as necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos, e apresentada em formato de *e-poster* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Lisboa – Instituto de Ciências da Saúde da UCP (apêndice IV).

Durante o meu percurso foram vários os conhecimentos e competências adquiridas. O SMI proporcionou-me oportunidades de “(...) integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162).

Tendo em conta todas as atividades já previamente descritas no presente relatório, considero que houveram várias oportunidades de estudo e de aprendizagem nos diversos temas como a prevenção de infeção, considerações ética-deontológicas no cuidado aos doentes como o dever pelo sigilo ou o respeito pela intimidade, avaliação do doente crítico pela metodologia ABCDE aliada aos achados da monitorização, cuidados ao doente

ventilado mecanicamente e a comunicação e discussão entre equipa multidisciplinar. Neste contexto o meu conhecimento prévio e outras experiências nomeadamente profissionais e de estágio de urgência na unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família: Vigilância e decisão clínica”, contribuíram para o desenvolvimento da minha capacidade de tomar decisões baseadas em evidência científica em contextos de pressão e ambientes não familiares.

As atividades realizadas e os conhecimentos e competências adquiridas, foram alvo de reflexão e de pensamento crítico, quer de forma autónoma quer com o orientador, relativo aos pontos fortes e os de melhoria.

Ao longo do estágio considero também que consegui transmitir e comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades a EE e não especialistas através da passagem de turno com o auxílio da mnemónica ISBAR, da apresentação da sessão de formação “Papel do Enfermeiro na prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central”, na realização das *scoping reviews* e na realização do poster.

Relativamente à competência de aprendizagem considero que é um percurso inacabado devido aos diversos temas que o mestrado abrange. No entanto, considero que atingi os objetivos a que me propus inicialmente com o projeto de estágio com enfoque nos cuidados ao doente crítico e no desenvolvimento e aplicação de conhecimentos relativos ao controlo de infeção. O mestrado e todas as atividades realizadas em contexto de estágio serviram como ponto de partida no desenvolvimento das minhas competências e conhecimentos com o objetivo final de prestar os melhores cuidados de Enfermagem possíveis aos doentes a mim atribuídos.

Pelo apresentado, concluo que todas estas competências se interrelacionam e se completam uma vez que todas elas são necessárias para a construção do perfil do mestre em Enfermagem.

5. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório contribui para a descrição e análise do estágio realizado em contexto de SMI assim como dos objetivos propostos, atividades realizadas e resultados obtidos. Permitiu-me avaliar de forma reflexiva e retrospectiva o percurso realizado e desenvolver as minhas competências e conhecimentos tanto profissionalmente como pessoalmente, contribuindo para uma melhoria dos cuidados, apoiados em evidência científica atualizada.

A componente prática e teórica desenvolvida assumiu um papel fundamental na aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. O desenvolvimento destas competências surge no seguimento do estudo autónomo, pesquisa bibliográfica, leitura, análise, reflexão e pesquisa em bases de dados com base na motivação, curiosidade e iniciativa de ser e crescer mais enquanto Enfermeira.

Durante o desenvolvimento das competências e conhecimentos em contexto de estágio foram consideradas as dimensões éticas e legais nos cuidados prestados aos doentes e familiares/cuidadores, nomeadamente a privacidade, dignidade, confidencialidade das informações a mim confiadas.

A opção de ter realizado o estágio final na mesma instituição onde exerço funções revelou-se acertada e foi ao encontro das expectativas. Permitiu-me ter uma visão geral do percurso do doente crítico desde a urgência – estágio realizado na Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” –, ao SMI e posteriormente unidade de cuidados intermédios/enfermaria. Aprofundei conhecimentos relativos a protocolos e normas existentes no hospital e desenvolvi conhecimentos específicos na área do doente crítico na vertente médica e cirúrgica.

Em contexto prático concluo que atingi as atividades a que me propus inicialmente em projeto de estágio, com as devidas adaptações quer a nível temático e temporal devidos às

necessidades e contratempos encontrados. Foquei-me essencialmente nos cuidados de Enfermagem ao doente ventilado e à comunicação com o mesmo, na segurança dos cuidados e no acolhimento e acompanhamento da família/cuidadores. Adicionalmente abordei o controlo de infeção com enfoque na *bundle* do CVC, higienização das mãos e na compreensão e articulação do PPCIRA com a unidade hospitalar através de um estágio observacional. Relativamente à competência da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe como EE preparei-me de forma teórica através da leitura dos documentos e normas em vigor no serviço e no hospital e através da identificação no serviço dos meios e materiais necessários em caso de evacuação.

A integração na equipa multidisciplinar decorreu de forma linear. De salientar a abertura de todos os colegas à minha chegada e na partilha de conhecimento. Senti sempre um à-vontade natural que me permitiram implementar a sessão de formação e a partilha de dúvidas e de sentimentos de incerteza. Procurei demonstrar uma postura interessada com o meio envolvente e de procura de novas oportunidades com vista à prestação de cuidados individualizados ao doente e família/cuidadores, valorizando aspetos como a comunicação, o conforto e a segurança dos cuidados.

Durante este percurso desenvolvi conhecimentos relativos à investigação, colocando-os em prática através da realização de uma *scoping review* relativa ao TIH do doente crítico. Nesta componente do mestrado foram abordadas tópicos como a questão de investigação, descritores, uso das bases de dados e análise e discussão de resultados obtidos. Foi um processo complexo e longo que se traduziu na realização de um artigo científico.

Também a realização do *e-poster* para apresentação no V seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, da UCP, relativo às necessidades espirituais da pessoa internada numa UCI acresceu à competência supracitada. Através do mesmo foi possível desenvolver e aprofundar conhecimentos relativos ao tema da investigação e à formulação de um poster para apresentação.

Na realização do presente relatório foi tida em conta a proteção de dados, razão pela qual citações e referências bibliográficas se encontram omitidas do texto do relatório.

Este percurso ficou também marcado por momentos mais desafiantes que outros, devido à dificuldade na conciliação de horas dedicadas ao estágio, posto isto, considero que a carga horária deveria ser estendida ao longo de um maior período temporal.

Posto isto, considera-se que a busca da excelência no cuidar em Enfermagem especializada deve ser contínua, autocrítica e com capacidade de sair da zona de conforto. Este é um percurso que terá como ponto de partida todas as competências e conhecimentos adquiridos até ao momento e que terá de ser aperfeiçoado e desenvolvido durante toda a minha carreira profissional devido à ampla diversidade de conteúdos que abrange.

Assim, aprecio que tanto o estágio realizado no SMI como o percurso realizado a nível académico e de investigação proporcionaram as ferramentas necessárias para a construção do perfil de competências comuns e específicas como EEEMC bem como para o grau de mestre em Enfermagem, definidos pela OE e pela unidade curricular: Estágio Final e Relatório.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). *PLANO NACIONAL DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL PLANO NACIONAL DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL*.
- Benner, Patricia. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Cabrita, C. V., Fernandes, A. D., & Bico, I. M. (2022a). MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFICAZES APLICADOS À PESSOA VENTILADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 118. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).553.118-139](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).553.118-139)
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020a). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. In *Enfermeria Global* (Vol. 19, Issue 4, pp. 557–572). Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Carneiro Rezende, B., Maria Andrade Vasconcelos, R., da Silva Lima, S., Souza Santos, P., & Lenina Menezes Aleixo, M. (2013). DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4(2), 2273–2288.
- Carneiro, T. A., Duarte, T., & Magro, C. (2017). CRITICALPATIENTTRANSPORT: A CHALLENGE FOR THE 21st CENTURY. *Journal of Nursing*, 11(1), 70–76. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>
- Carneiro, T., Duarte, T., & Magro, M. (2017). Critical patient transport: A challenge for the 21st century. *Journal of Nursing*, 11(1), 70–76. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Costa, C. (2015). [REDACTED]: 20 ANOS DE EXISTÊNCIA. *Rev Clin Hosp* [REDACTED], 3(2), 40–43. <http://repositorio.min-saude.pt/>
- de Vos, M., Graafmans, W., Keesman, E., Westert, G., & van der Voort, P. H. J. (2007). Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? *Journal of Critical Care*, 22(4), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.01.002>
- Decreto-Lei n.º 65, Diário da República: I série, n.º157, capítulo III 4162 (2018). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República 2959 (1996). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022, Diário da República: II série, n.º174 93 (2022). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Diário da República. (2023). *Catástrofe: Lexionário*. https://dre.pt/dre/lexionario/termo/catastrofe?_ts=1672099200034
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 015/2012: Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança a dos Doentes 2021-2026*.
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: I série, n.º181 8059 (2015).
- Hospital Prof. Doutor [REDACTED]. (2019). *Plano Emergência Interno da UCICRE - SMI*.
- Hospital [REDACTED]. (2022). *Plano de atuação em situações de exceção: Catástrofe Externa*.
- Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. (2018). www.dgs.pt
- Jiang, X.-X., Wang, J., Zhang, W., Wang, X.-J., & Meng, X.-H. (2016). Original Article Safe transport combined with prospective nursing intervention in intra-hospital transport of emergency critically ill patients. In *Int J Clin Exp Med* (Vol. 9, Issue 7). www.ijcem.com/
- Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). Technological competency as caring in nursing: A description, analysis and evaluation of the theory. *Slovenian Journal of Public Health*, 61(2), 115–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0016>
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, Lima, F. E. T., & Silva, V. M. da. (2020). Development of middle-range theories in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>

- Locsin, R. (2020). Rozzano Locsin's Technological Competency as Caring in Nursing. In M. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5^a, pp. 437–447). F. A. Davis Company .
- Mendes, F., Miguel, P., & Pinho, J. (2020). Ventilação Mecânica. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1^a edição, pp. 137–150). Lidel Enfermagem .
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022a). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 09/2017. Transporte da pessoa em Situação Crítica*
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15 / 2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos*.
- Pacheco, M. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem* [Tese de doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Paiva, P., Cruz, P., Magalhães, F., & Santos, V. (2014, May). *Privacidade e confidencialidade das informações na saúde*.
- Pavão, S. (2021). Transporte do doente crítico . In Lda. Lidel - Edições técnicas (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1^a edição, pp. 98–106).
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vasconcelos e Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*.

- Porto Editora. (2023). *desenvolvimento no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/desenvolvimento>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2019). *RELATÓRIO DO INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA DE PONTO EM HOSPITAIS DE AGUDOS EM PORTUGAL 2017*. www.dgs.pt
- Putra, K. R., Wulandari, I., Suharsono, T., & Hany, A. (2022a). Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: an observational study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(3), 699–706.
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2022.13.0012>
- Regulamento n.º 140, Diário da República: II série, n.º26 4744 (2019).
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429, Diário da República: II série, n.º135 19362 (2018).
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Roxo, J. R. dos S. (2008, June). O Toque na prática clínica. *Revista Referência*, 77–89.
- Silva, R., Amante, L. N., Chiodelli Salun, N., Martins, T., & Minatti, F. (2017). Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 38(3). <https://doi.org/10.1590/1983>
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Silva Vale, R. T., de Oliveira, C., & Rojas, S. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
- World Health Organization. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: Clean Care is Safer Care*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf
- World Health Organization. (2020a). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

World Health Organization. (2020b, July 20). *Quality health services*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Zhang, W., Lv, J., Zhao, J., Ma, X., Li, X., Gu, H., Zhang, M., & Zhou, R. (2022a). Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its implications. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(17–18), 2539–2552.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16072>

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Plano de Sessão: Papel do Enfermeiro na prevenção
de infecção relacionada com o Cateter Venoso Central**

Plano de Sessão: Papel do Enfermeiro na prevenção de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central

Objetivo Geral: Sensibilizar os Enfermeiros para o reconhecimento da importância do feixe de intervenção na prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central.

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância na prevenção de infeções relacionadas com a manipulação do cateter venoso central;
- Uniformizar práticas referentes ao manuseamento do cateter venoso central, através do feixe de intervenção.

Etapas	Conteúdo Programado	Metodologia	Tempo
Introdução	Apresentação do tema e dos objetivos delineados	Expositivo	2 minutos
Desenvolvimento	- Abordagem do controlo de infeção relacionada com o CVC - Apresentação do feixe de intervenção - Nova evidência	Expositivo e interativo	10 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas - Sugestões	Expositivo e interativo	5 minutos

**APÊNDICE II - Apresentação: Papel do Enfermeiro na prevenção
de infecção relacionada com o Cateter Venoso Central**

PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VENOSO CENTRAL

Enf^o Sara Roseira

Enfermeiros Orientadores: Enf^o LA/ Enf^o LS
Professora Orientadora: Prof^a Dr^a Lurdes Martins

Dezembro de 2022



MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Sensibilizar os Enfermeiros para o reconhecimento da importância do feixe de intervenção na prevenção de infecção relacionada com o cateter venoso central.

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância na prevenção de infecções relacionadas com a manipulação do cateter venoso central;
- Uniformizar práticas referentes ao manuseamento do cateter venoso central, através do feixe de intervenção.

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CATETER VENOSO CENTRAL

O cateter venoso central (CVC) é um dispositivo invasivo do foro intravascular, posicionado numa veia central, que pode ser utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, sangue e derivados, monitorização hemodinâmica ou realização de outras técnicas.

Representa uma quebra da integridade da pele e tecidos com conseqüente risco de infeção a nível sistémico – Infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS).

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA; ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CATETER VENOSO CENTRAL - INCS

A INCS relacionada com a manipulação do CVC variam consideravelmente consoante o tipo de cateter, as condições em que foi colocado, frequência de manipulação, entre outros aspetos.

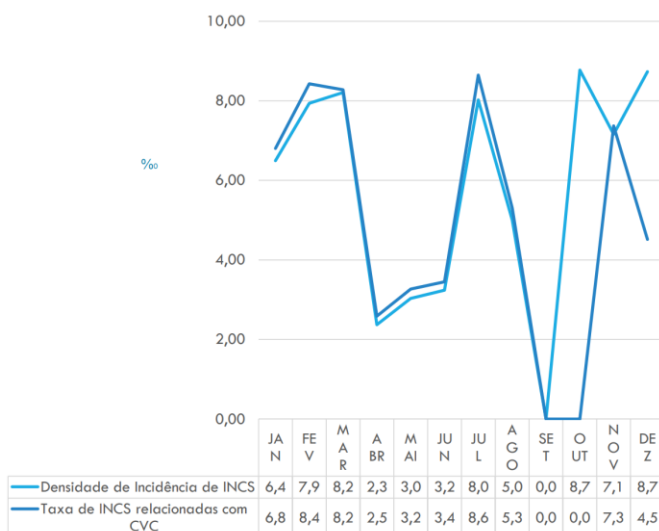
Relatório Anual Prioritário: Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, : Incidência na UCI é 1,0 e 1,9 por 1000 dias de cateter e fora das UCI a incidência é mais elevada, variando entre 1,9 e 2,5 por 1000 dias de cateter.

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA; ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CATETER VENOSO CENTRAL - INCS

UCIP: A incidência das INCS foi de 5,62 por 1000 dias de cateter. Sendo que taxa de incidência por S. Aureus por 1000 dias foi de 0,37 e por MRSA de 0,19%.

Vigilância Epidemiológica INCS - UCIP 2021

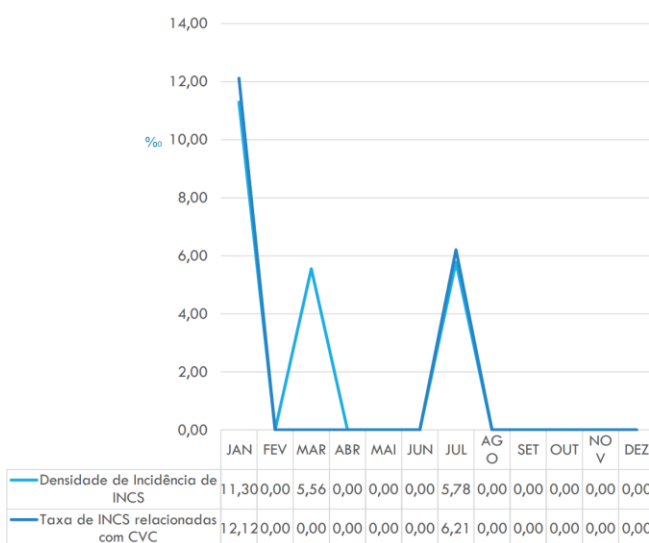


MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CATETER VENOSO CENTRAL - INCS

Na UCICRE a incidência das INCS foi de 1,62 por 1000 dias de cateter. Sendo que taxa de incidência por S. Aureus e MRSA de 0%.

Vigilância Epidemiológica INCS - UCICRE 2021



MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CATETER VENOSO CENTRAL - INCS

Como prevenir?

→ Feixe de intervenção relacionado com o cateter venoso central

Conjunto entre 3-5 intervenções, recomendadas pela Direção-Geral da Saúde, que funcionam em conjunto com o objetivo final de diminuir a incidência de eventos.

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FEIXE DE INTERVENÇÃO: ANTES E DURANTE A COLOCAÇÃO DO CVC

Avaliar a necessidade e a razão de colocação do CVC. Nº mínimo de lumens

Preparação pré-cirúrgica das mãos com solução antisséptica e uso de EPI's para todos os intervenientes

Antissepsia da pele do doente com clorhexidina a 2% em álcool

Uso de campo estéril para cobrir todo o corpo do doente

Uso de técnica asséptica na realização do penso

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FEIXE DE INTERVENÇÃO: ANTES E DURANTE A COLOCAÇÃO DO CVC

Indicado uso de ecógrafo

Cortar excesso de pelos com tesoura

Evitar uso de acesso femoral, sempre que possível

Recomendado acesso subclávio e jugular interno

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FEIXE DE INTERVENÇÃO: MANUTENÇÃO DO CVC

Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC

Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica

Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°

Mudança de penso com técnica asséptica

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FEIXE DE INTERVENÇÃO: MANUTENÇÃO DO CVC

Troca de penso



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Esteja visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele do doente; | <input type="checkbox"/> Uso de EPI's: máscaras, luvas esterilizadas e campo esterilizado; |
| <input type="checkbox"/> 48h após a última realização se penso com compressa; (aconselhado em doentes diaforéticos ou sinais de hemorragia no local de inserção); | <input type="checkbox"/> Desinfecção com clorohexidina 2%; |
| <input type="checkbox"/> 7 dias após a última realização se penso transparente; | <input type="checkbox"/> Registrar a data de troca e datar o penso. |

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FEIXE DE INTERVENÇÃO: MANUTENÇÃO DO CVC

O correto manuseamento do CVC deverá ter em conta a substituição de dispositivos:

- Sistemas do CVC: 96/96h ou SOS;
- Sistemas de administração de emulsões lipídicas (ex propofol): 12/12h ou SOS;
- Sistema de administração de componentes sanguíneos: Retirar no final da administração e substituir todo o sistema onde perfundiu o componente sanguíneo;
- Sistemas de administração de Alimentação Parentérica: 24/24h ou SOS;
- Obturador: 96/96H ou SOS.

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

NOVA EVIDÊNCIA

→ O banho diário com clorhexidina previne as INCS relacionadas com o CVC:

“Implementation of daily chlorhexidine bathing in intensive care units for reduction of central line-associated bloodstream infections” DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.01.007>

→ “With 12 RCTs included, the results of this meta-analysis indicate that the use of Chlorhexidine-impregnated dressing is beneficial to reduce the risk of catheter colonization and CRBSI for patients with CVC, it’s an effective anti-infection strategy in preventing CRBSI.”

“Chlorhexidine-impregnated dressing for the prophylaxis of central venous catheter-related complications: a systematic review and meta-analysis” PMID: [31096918](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31096918/)

Pensos com compressas impregnadas com gluconato de clorhexidina.

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



DÚVIDAS??

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

BIBLIOGRAFIA

1. Direção Geral da Saúde. "Feixe de Intervenções" Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2015, Dec.
2. Cristina P, Nunes M, Manuela S, Alminhas P. "Cateter Venoso Central: Práticas? ... Na Procura da Excelência."
3. Wei L, Li Y, Li X, Bian L, Wen Z, Li M. Chlorhexidine-impregnated dressing for the prophylaxis of central venous catheter-related complications: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2019 Dec 16;19(1):429.
4. Nunes P, Alminhas S. Cateter Venoso Central: Práticas? ... Na Procura da Excelência.
5. Silva E, Costa V, Neto T, Estrada J, Estrada H, Teófilo E, et al. Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. 2006.
6. PPCIRA – Grupo de Coordenação Local. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2015 Dec.
7. Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa; 2018 Nov.
8. PPCIRA – Grupo de Coordenação Local. "Feixe de Intervenções" Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central- Inserção. 2019.
9. PPCIRA – Grupo de Coordenação Local. "Feixe de Intervenções" Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central - Manutenção. 2019 May.
10. Direção de Enfermagem do Hospital [redacted] Substituição de Dispositivos de Administração de Fluidoterapia: Central e Periférico. 2022 Sep 8;

MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA; ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VENOSO CENTRAL

Enf^ª Sara Roseira

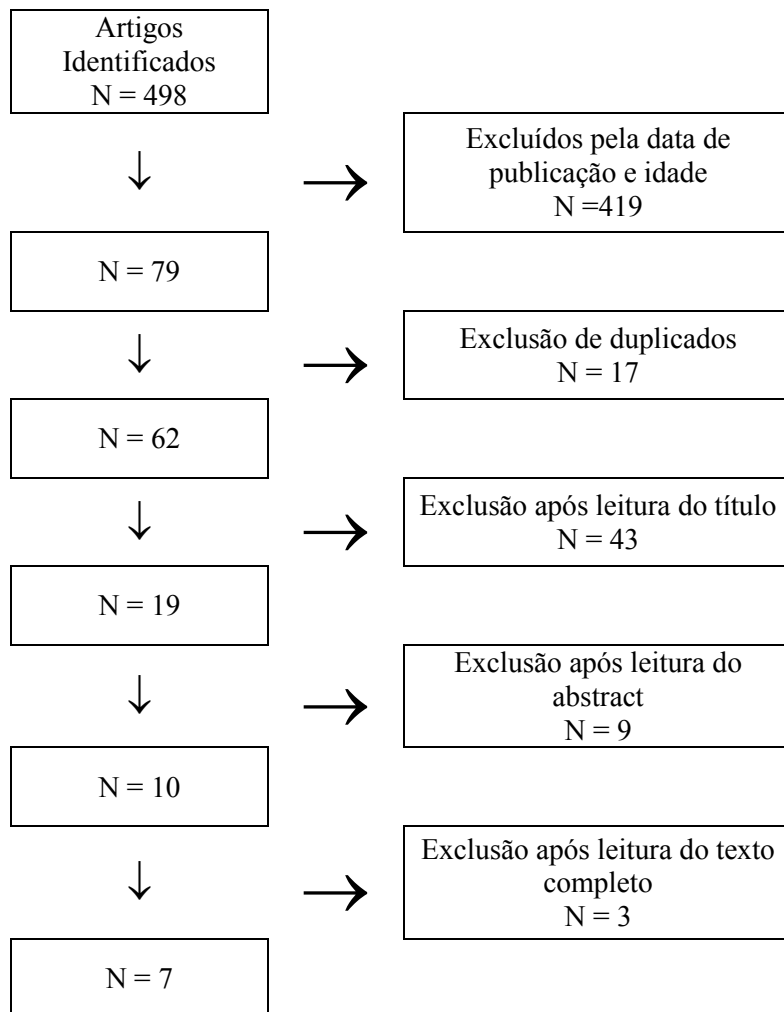
Enfermeiros Orientadores: Enf^ª LA/ Enf^ª LS
Professora Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lurdes Martins

Dezembro de 2022



MESTRADO EM ENFERMAGEM - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA; ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APÊNDICE III –PRISMA-ScR



**APÊNDICE IV – E-poster: NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS
DOENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:
SCOPING REVIEW**



NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS DOENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW

Autoras: *Ana Lúcia Barreto¹; Margarida Cortez¹; Rita Victor¹; Sara Roseira¹; Lurdes Martins²*

¹Estudantes XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica. ²Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Introdução:

Falar em espiritualidade é falar do sentido da vida, valores, transcendência, relação e transformação (Caldeira, 2009; Kolodiy & Sousa Pontífice, 2019). A sua definição é complexa e incorpora uma ampla variedade de conceitos, está ligada à subjetividade humana, na conexão com um contexto maior e significativo. A dimensão espiritual, sendo considerada como algo intrínseco, é afetada e torna vulnerável a pessoa que se encontra internada, especialmente numa Unidade Cuidados Intensivos (UCI). Esta dimensão influencia a capacidade de lidar com a doença. Segundo Kolodiy & Sousa Pontífice (2019, p. 57), os “profissionais de enfermagem têm o dever de colocar a espiritualidade como foco do diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde.”.

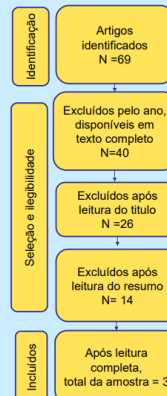
Objetivo:

Mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente internado numa UCI.

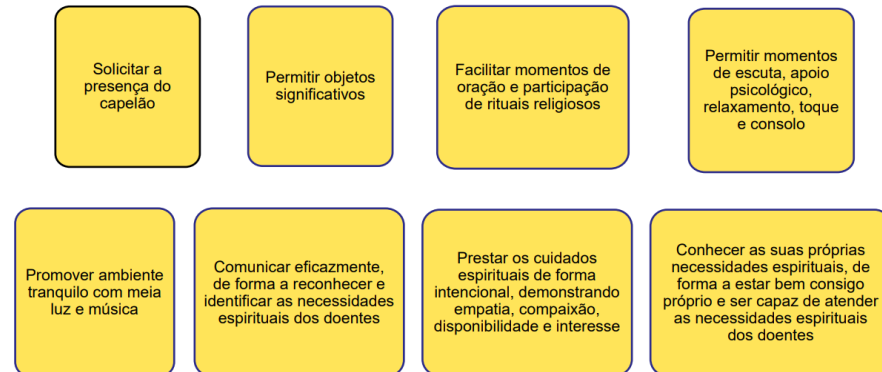
Materiais e Métodos:

Questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente, internado numa UCI?**

- Scoping review, seguindo metodologia PCC.
- Bases de dados: MEDLINE, COCHRANE, CINAHL (através da plataforma EBSCOhost) descritores combinados com caracter booleano; “Spiritual needs” OR “Spiritual dimension” OR “Spiritual” AND “Intensive care unit” OR “Intensive care” AND “Nurse” OR “Nursing care”.
- Critérios de inclusão: Artigos publicados entre 2015 e 2022, de acesso livre ao texto integral, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol.
- Critérios de exclusão: Crianças e internamentos noutros contextos que não UCI.



Resultados:



Conclusão:

Na UCI, a intervenção do Enfermeiro no cuidado à pessoa com necessidades espirituais é ainda desvalorizada (Bone, et al, 2018; Rahman, et al, 2021).

Estudos e reflexões acerca das necessidades espirituais do doente e de intervenções a realizar pelo Enfermeiro são necessários para guiar a prática assistencial e promover uma melhor compreensão do papel da Enfermagem no cuidado integral e humanizado.

Referências Bibliográficas

- Bangstad, A. A. (2021). The development of Spiritual Nursing Care Theory using deductive axiomatic approach. *Bellung Nursing Journal*, 7(3), 163-170. <https://doi.org/10.33546/bnj.1456>. disponível em <https://www.bellungnursing.org/BRP/index.php/brnj/article/view/1456/366>
- Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F., & Cook, D. (2018). Critical care nurses' experiences with spiritual care: The spirit study. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 212-218. <https://doi.org/10.4037/ajcc.2018300>
- Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. *Cuidar/enfermagem*, 3 (2): 157-164. Disponível em https://repositorio.uccp.pt/bitstream/10400/14146/5/1/resar_2009.pdf
- Kolodiy, T., & Sousa Pontífice, P. (2019). A dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: revisão integrativa. *Serviv*, 60(1-2), 47-58. <https://doi.org/10.48492/serviv21-2-24493>. disponível em <https://revistas.ucaap.pt/serviv/article/view/24493>
- Noome, M., Beneken Genaard Kolmer, D. M., van Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Voelt, L. C. M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 569-578. <https://doi.org/10.1111/sjcc.12071>
- Rahman, S., Ebu, H., Calmakal Cetinkaya, A., Altan, S., Ozan, E., & Pirincci, E. (2021). Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-risk units and the effect of death anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 473-480. <https://doi.org/10.1111/ppsc.12651>
- Volpato, R. J., Brasileiro, M. E., Gonçalves, A. M. de S., Ramirez, E. G. L., Volpato, G. T., Lemes, A. G., & Schonholzer, T. E. (2020). O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 24. <https://doi.org/10.19131/psm.02913>

**APÊNDICE V – Scoping review: Necessidades espirituais dos doentes
em unidades de cuidados intensivos**



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Título do Poster: **Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping review**

Autores:

- **Ana Barreto - Enfermeira no Serviço de Cirurgia do Hospital Curry Cabral – CHULC;** Estudante XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica. anaba2984@gmail.com
- **Margarida Cortez - Enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais;** Estudante XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica;
- **Rita Victor - Enfermeira na Clínica de Hemodiálise Diaverum – Odivelas;** Estudante XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica;
- **Sara Roseira - Enfermeira no Serviço de Medicina do Hospital ██████████ ██████████;** Estudante XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica;
- **Lurdes Martins - Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.**

Resumo

Introdução:

Falar em espiritualidade é falar do sentido da vida, valores, transcendência, relação e transformação (Caldeira, 2009; Kolodiy & Sousa Pontífice, 2019). A sua definição é complexa e incorpora uma ampla variedade de conceitos que não se esgota, necessariamente, na religiosidade. Está ligada à subjetividade humana e na conexão com um contexto maior e significativo, sendo uma preocupação abordada desde Florence Nightingale no cuidado ao doente, que se mantém até à atualidade (Kolodiy & Sousa Pontífice, 2019; Caldeira, 2009).

A dimensão espiritual é intrínseca ao ser humano, quando este se encontra vulnerável, internado numa Unidade Cuidados Intensivos, esta dimensão irá ser afetada o que consequentemente influenciará a sua capacidade em lidar com a doença. Segundo Kolodiy & Sousa Pontífice (2019, p. 57), os “profissionais de enfermagem têm o dever de colocar a espiritualidade como foco do diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde.”.

A teoria dos cuidados espirituais de Enfermagem, afirma que as necessidades espirituais são parte integrante, e não menos importante, que outra necessidade, sendo que a satisfação da mesma contribui para o bem-estar físico e emocional do doente (Volpato, et al, 2020).

Objetivo:

Mapear na literatura científica as intervenções de enfermagem **para a satisfação das necessidades espirituais do doente internado numa** Unidade Cuidados Intensivos.

Materiais e Métodos:

Procurando resposta à questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente, internado numa Unidade de Cuidados Intensivos?**, realizámos uma *scoping review*, seguindo metodologia PCC (População, Conceito e Contexto), utilizando como bases de dados: MEDLINE, COCHRANE, CINAHL (através da plataforma EBSCOhost, com acesso pela Ordem dos Enfermeiros), sendo definidos os descritores combinados com carácter booleano: **“Spiritual needs” OR “Spiritual dimension” OR “Spiritual” AND “Intensive care unit” OR “intensive care” AND “Nurse” OR “Nursing care”**. **Artigos publicados entre 2015 e 2022, de acesso livre ao texto integral, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol.** Embora a limitação temporal imposta possa influenciar os resultados encontrados, as preocupações pela temática da espiritualidade assentam nos últimos

anos, justificando a nossa limitação temporal. **Como critérios de exclusão: Crianças e internamentos noutros contextos que não** Unidade Cuidados Intensivos.

Após a pesquisa inicial em bases dados foram obtidos 69 artigos, dos quais foram excluídos 40 após leitura do título e 26 após leitura do *abstract* e duplicados. Dos 14 artigos obtidos, após leitura integral do texto, foram selecionados 3 para revisão.

Resultados:

Assim, identificamos as seguintes intervenções do Enfermeiro na satisfação das necessidades espirituais do doente internado numa Unidade Cuidados Intensivos:

- Comunicar eficazmente, de forma a reconhecer e identificar as necessidades espirituais dos doentes (Noome, et al, 2017; Bone, et al, 2018; Volpato, et al, 2020);
- Conhecer as suas próprias necessidades espirituais, de forma a estar bem consigo próprio e ser capaz de atender as necessidades espirituais dos doentes (Volpato, et al, 2020);
- Prestar os cuidados espirituais de forma intencional, demonstrando empatia, compaixão, disponibilidade e interesse (Bone, et al, 2018);
- Solicitar a presença do capelão (Bone, et al, 2018; Volpato, et al, 2020);
- Facilitar momentos de oração e participação de rituais religiosos (Bone, et al, 2018; Volpato, et al, 2020);
- Promover ambiente tranquilo com meia luz e música (Noome, et al, 2017);
- Permitir objetos significativos (Noome, et al, 2017);
- Permitir momentos de escuta, apoio psicológico, relaxamento, toque e consolo (Noome, et al, 2017).

Conclusão:

O Enfermeiro lida diariamente com o sofrimento e vulnerabilidades dos seus doentes e familiares, como tal, é um desafio diário garantir a eficácia e a correta abordagem nas questões acerca da espiritualidade. Nas Unidades de Cuidados Intensivos a intervenção do Enfermeiro no cuidado à pessoa com necessidades espirituais é ainda desvalorizada devido à prioridade que o mesmo assume perante as intervenções técnicas comparativamente às intervenções espirituais (Bone, et al, 2018; Rahman, et al, 2021).

Estudos e reflexões acerca das necessidades espirituais do doente e de intervenções a realizar pelo Enfermeiro são necessários para guiar a prática assistencial e promover uma melhor compreensão do papel da Enfermagem no cuidado integral e humanizado.

Palavras-Chave: Necessidades espirituais; Intervenções de Enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos.

Referências Bibliográficas:

Bangcola, A. A. (2021). The development of Spiritual Nursing Care Theory using deductive axiomatic approach. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 163-170. <https://doi.org/10.33546/bnj.1456>, disponível em <https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/1456/366>

Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F., & Cook, D. (2018). Critical care nurses' experiences with spiritual care: The spirit study. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 212–218. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018300>

Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. *Cuidartenfermagem*. 3 (2): 157-164. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar_2009.pdf

Kolodiy, T., & Sousa Pontífice, P. (2019). A dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: revisão integrativa. *Servir*, 60(1-2), 47-58. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24493> disponível em <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/24493>

Noome, M., Beneken Genaamd Kolmer, D. M., van Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 569-578. <https://doi.org/10.1111/scs.12371>

Rahman, S., Elbi, H., Cakmakci Cetinkaya, A., Altan, S., Ozan, E., & Pirincci, E. (2021). Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-risk units and the effect of death anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 473–480. <https://doi.org/10.1111/ppc.12651>

Volpato, R. J., Brasileiro, M. E., Gonçalves, A. M. de S., Ramirez, E. G. L., Volpato, G. T., Lemes, A. G., & Schonholzer, T. E. (2020). O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 24. <https://doi.org/10.19131/rpesm.02813>

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação para o transporte intra-hospitalar

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

**ANEXO II – Certificado de participação: V Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem**



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Rita Victor, Ana Barreto, Margarida Cortez, Sara Roseira e Prof. Dra. Lurdes Martins** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 13 com o tema ***Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping review*** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



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


Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada





V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 –INTERVALO

11:00 – Conferencia: "A Influência do Nervos vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."

Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



**ANEXO III – Certificado de participação: 2º Encontro de
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES:
eemcorg.chlo@gmail.com

DATA LIMITE DE INSCRIÇÃO: 5/10/2022
(Limitado à capacidade da sala)

DATA LIMITE DE SUBMISSÃO DE RESUMOS: 25/9/2022
para: eemc.chlo.comunicacoes@gmail.com

ORGANIZAÇÃO:



COMISSÃO EXECUTIVA
Rita Reis
Sandra Ponte
Susana Gaspar

COMISSÃO CIENTÍFICA
Ricardo Picoito
Marina Teixeira
Carmelino Sul
Sónia Brás
Luísa Macau
Carla Maricato
Alcina Silva
Pedro Rodrigues

COMISSÃO ORGANIZADORA
Maria João Marques
Amélia Casinha
Casimiro Correia
Paula Cruz
Vitória Siquenique
Sara Costa
Olinda Félix
Luís Teixeira
Ana Dias
Catarina Bastos

PARCEIROS:



PATROCÍNIOS

PLATINA



OURO



PRATA



APÓDIOS



2^o ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

“Partilhar para crescer”

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA





2º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

“Partilhar para crescer”

7 OUTUBRO . sexta-feira

- 09:00 - 10:00 **Abertura do Secretariado**
- 10:00 - 10:45 **Cerimónia de Abertura**
TBD | Representante da Câmara Municipal de Lisboa
Rita Perez | Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Lurdes Escudeiro | Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Luís Barreira | Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros
- 10:45 - 11:10 *Coffee-break*
- 11:10 - 11:50 **ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM PERCURSO NO EMPODERAMENTO DA PROFISSÃO**
Moderadora: Maria Teresa Bastos | Enfermeira Diretora do Hospital de Egas Moniz
“Competências acrescidas enquadradas no processo de desenvolvimento e valorização profissional”
Luís Barreira | Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ana Fonseca | Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros
- 11:50 - 12:30 **GERIR EM PANDEMIA – ESTRATÉGIAS E DESAFIOS**
Moderador: Fernando Pinheiro | Enfermeiro Gestor do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
“Vivências dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Internamento”
Rui Gonçalves, Filipa Ferreira e Ana Inês Fernandes
- 12:30 - 13:30 **COACHING EM TEMPOS DE CRISE**
Dr. Jorge Dias | Coach Trainer
- 13:30 - 15:00 *Almoço Livre*
- 15:00 - 16:30 **Comunicações Livres (Orais/Posters)**
- 16:30 - 16:45 *Coffee-break*
- 16:45 - 18:00 **Comunicações Livres (Orais/Posters)**

WORKSHOPS

- Paralela I
14:30 - 18:30 **Terapias de depuração sanguínea e renal em contexto agudo** | Baxter

8 OUTUBRO . sábado

- 09:00 - 10:30 **CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EQUIPAS DIFERENCIADAS**
Moderador: João Fernandes | Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros
“Hospitalização Domiciliária” | Casimiro Correia
“Cuidados Paliativos” | Paula Cruz e Dora Ribeiro
“Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem” | Ricardo Picoito e Marina Teixeira
“Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar” | Pedro Rodrigues e Filipa Cristóvão
- 10:30 - 11:00 *Coffee-break*
- 11:00 - 12:30 **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA SEGURANÇA DO DOENTE**
Moderadora: Manuela Rojão | Enfermeira Gestora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
“Avaliação da carga de trabalho em UCI - Escalas NAS” | Vitoria Siquenique e Amélia Casinha
“Escala de avaliação do delirium CAM- ICU” | Pedro Rosa
“Incêndio no Bloco Operatório... E agora?” | Susana Gaspar e Lara Butes
- 12:30 - 14:00 *Almoço Livre*
- 14:00 - 16:00 **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CIRCUITO ASSISTENCIAL**
Moderadora: Patrícia Pontífice de Sousa | Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa
“Toque terapêutico: uma ação a valorar no cuidado especializado” | Sónia Brás e Alcina Silva
“Viver com Transplante Renal” | Maria João Marques
“Viver com Neuro Estimulador da Epilepsia” | Carla Maricato e Sandra Couto
“Novos desafios no cuidado ao doente com Insuficiência Cardíaca: Heartmate 3” | Luísa Macau e Olinda Félix
- 16:00 - 17:00 **Cerimónia de Encerramento com Entrega de Prémios**
Ilda Roldão | Enfermeira Diretora do Hospital de Santa Cruz
Maria Teresa Bastos | Enfermeira Diretora do Hospital de Egas Moniz
Maria Thereza Vasconcellos | Enfermeira Diretora do Hospital de São Francisco Xavier

WORKSHOPS

- Paralela I
09:00 - 11:00 **Suturas** | Johnson & Johnson
11:00 - 13:00 **Feridas complexas - Terapia de pressão negativa** | Hartmann
- Paralela II
09:00 - 11:00 **Leitura de Traçados cardíacos**
11:00 - 13:00 **Ventilação não Invasiva** | Linde



2^o ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

"Partilhar para crescer"

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Sara Maria dos Santos Carlos Roseira

Participou no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica com carga horária de 17 horas.

A Comissão Executiva

Rita Reis

Sandra Ponte

Susana Gaspar





2^o ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE

"Partilhar para crescer"

7-8 OUTUBRO 2022
FÓRUM LISBOA

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Sara Maria dos Santos Carlos Roseira

Participou no Workshop de Terapias de depuração sanguínea e renal em contexto agudo com carga horária de 4 horas.

A Comissão Executiva

Rita Reis

Sandra Ponte

Susana Gaspar



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL E.P.E.