



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

**PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA – PREVENÇÃO AO
ALCANCE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

PNEUMONIA VENTILATOR-ASSOCIATED – PREVENTION,
THE SCOPE OF NURSING CARE

Por Inês Soares Ricardo

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

**PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA – PREVENÇÃO AO
ALCANCE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

PNEUMONIA VENTILATOR-ASSOCIATED – PREVENTION,
THE SCOPE OF NURSING CARE

Por Inês Soares Ricardo

Sob orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2019

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e tem como objetivo, descrever e fundamentar as competências especializadas, adquiridas na prestação de cuidados à pessoa e respetiva família, ao longo do percurso formativo para a obtenção do grau de mestre e título de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho assenta numa metodologia crítico-reflexiva sobre a prática desenvolvida em dois contextos distintos: Serviço de Urgência Geral (SUG) e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O desenvolvimento pessoal e profissional nos dois contextos significou o crescimento e maturação de competências, não deixando de parte o desafio que é a imprevisibilidade do cuidado à pessoa em situação crítica. Como matriz conceptual do relatório, considera-se a Teoria da Transição de Meleis, que tem como foco dos cuidados de enfermagem, a Pessoa e sua Família, que está em constante interação com o ambiente, e que necessita de um elemento facilitador – enfermeiro, através de intervenções de enfermagem - da transição saúde-doença, para a vivenciar positivamente.

O tema central deste relatório refere-se às intervenções de enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), tema percecionado, ao longo do estágio de Vigilância e Decisão Clínica, como necessidade de maturação de competências pessoais. Neste sentido, surge a realização da Revisão Sistemática de Literatura, como meio de fundamentação para a melhoria e adoção de práticas seguras, que conseqüentemente significa a melhoria da qualidade de cuidados prestados aos doentes. Ainda, desenvolvi atividades relacionadas com a abordagem à Via Aérea, dada a necessidade formativa sentida nos contextos de estágio por parte das equipas integrantes, deixando assim o meu contributo para a melhoria dos cuidados prestados através da formação entre pares.

Em suma, o presente relatório engloba todo o percurso desta caminhada de crescimento pessoal e profissional, descrevendo e refletindo as experiências vividas e competências adquiridas, assim como as dificuldades sentidas e quais as estratégias utilizadas. Deixo assim, a perspetiva de que o enfermeiro especialista é

tido como um agente de mudança e um modelo de referência na prestação de cuidados de excelência à Pessoa em Situação Crítica e sua Família.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Pneumonia Associada à Ventilação; Prevenção

ABSTRACT

As part of Nursing Masters Course in area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, comes the preparation of this report in order to describe and ground the specialized skills acquired through nursing care provided, to the person and her family, over the training to obtain the master's degree and the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

This work is based on a critical-reflexive methodology on the practice developed in two different contexts: General Emergency Service and National Institute of Medical Emergency. The personal and professional development in both contexts meant the growth and maturation of competences, not leaving aside the challenge that is the unpredictability of care to the person in critical situation. The conceptual matrix of the report is the Meleis Transition Theory, which focuses nursing care on the Person and her Family. They are in constant interaction with the environment, and need a facilitating element – nurse with interventions - to the health-disease transition, in order to experience it positively.

The central theme of this report refers to nursing interventions in the prevention of VAP, a perceived theme as a need for maturation of personal skills, throughout the training of surveillance and clinical decision. In this sense, the Systematic Review arises as basis for the improvement and adoption of safe practices which consequently means improving the quality of care. In a second moment, I developed activities related to Airway approach, given the formative need felt in the internship contexts by the team members, thus leaving my contribution to improving the care provided through peer training.

In short, this report encompasses the whole journey of personal and professional growth, describing and reflecting the lived experiences and acquired competences, as well as the difficulties experienced and the strategies used. Thus, I leave the perspective that specialist nurses are considered a changing agent and a reference of excellence caring.

Key-Words: Nursing Care; Pneumonia Ventilator Associated; prevention

AGRADECIMENTOS

À minha família, a minha base de apoio, um agradecimento pela compreensão das longas temporadas de ausência que a profissão implica, sempre com uma palavra confortadora;

Aos meus pais, pela educação, apoio e motivação para ser mais e melhor sem perder a essência do que sou;

Ao meu irmão, o meu menino, que me motivou todos os dias à conclusão deste processo;

Às minhas grandes amigas, Alexandra, Catarina, Inês e Ritas que nunca me deixaram desistir, que mantiveram a minha sanidade mental, sempre dispostas àquele “copo” e àquele “ombro amigo” nas alturas de maior desânimo;

À minha chefe, Helena Laginha, que sem ela este processo não seria possível. Um muito obrigado por me aclarar os pensamentos em tantas alturas e pela disponibilidade daquela conversa no momento certo;

Aos colegas do serviço, incansáveis na ajuda de organização de horários;

Aos enfermeiros orientadores, à Clara, pela paciência, disponibilidade e partilha de experiências. Ao Pedro Nuno, incansável na disponibilidade e no estímulo de ser melhor;

Por fim, um profundo obrigado à professora Rita Marques, pela insistência, paciência e compreensão. Sem a sua orientação seria muito mais difícil concluir este processo.

Obrigada a todos!

“Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito”

Aristóteles

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ABCDE (A-Airway; B- Breathing; C- Circulation; D- Disability e E- Exposition)

APA – Associação Americana de Psicologia

AVC – Acidente vascular cerebral

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR – Diário da República

EOT – Entubação endotraqueal

Et al – abreviatura de “e outros”

GNR – Guarda Nacional Republicana

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCEEMC – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mg – miligrama

mmHg – milímetros de mercúrio

n – Número da amostra

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Computorizada

TEPH – Técnico Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de cuidados Intensivos

VA – Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

°C – Graus Celcius

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	11
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	17
2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PERCURSO DESENVOLVIDO	33
2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	33
2.2. MÓDULO OPCIONAL – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.	48
3. CONCLUSÃO	57
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
5. APÊNDICES	65
APÊNDICE I – PLANO DE FORMAÇÃO - “ABORDAGEM INICIAL DA VIA AÉREA”	.67
APÊNDICE II – POWERPOINT DA FORMAÇÃO “ABORDAGEM INICIAL À VIA AÉREA”73
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	81
APÊNDICE IV – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM INICIAL À VIA AÉREA85

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão.....	20
Quadro 2 - Resumo da evidência recolhida através dos estudos incluídos	22

0. INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea exige à enfermagem uma pluralidade de funções que lhe proporcionem bem-estar, qualidade de vida e prosperidade. Para além disso, exige uma crescente personalização das intervenções, no sentido de colmatar as reais necessidades de cada indivíduo, pertencente a uma sociedade cada vez mais complexa.

No século XIX, a Enfermagem cruzou um período negro com a realidade das guerras, sendo que Florence Nightingale contribuiu grandemente para a sua reformulação, não só pelos cuidados de enfermagem prestados, como também pela profissionalização e o ensino da Enfermagem (Lopes & Santos, 2010).

A preocupação com o meio ambiente tornou-se uma realidade, sendo que este era o principal fator que atuava sobre o doente para produzir um estado de doença. A conceção de enfermagem desta teórica centrava-se no doente e na prevenção, tendo no enfermeiro como o elemento facilitador de um ambiente adequado para a recuperação. Nightingale foi pioneira na promoção de fatores, como a higiene, ventilação, iluminação e alimentação para a manutenção do ambiente favorável para facilitar o processo de cura (Medeiros, Enders & Lira, 2015).

Esta preocupação com o meio ambiente é ainda visível na atualidade, fundamentada em cuidados de enfermagem individualizados que visam o controle do meio ambiente circundante ao doente, pois este se encontra em constante relação com o mesmo.

Face às exigências constatadas, fez-me sentido desenvolver competências que potenciasses a prevenção e pudessem significar ganhos em saúde, não só para o doente, mas também para as próprias instituições, pela otimização da gestão de recursos materiais, humanos e financeiros, através da prestação de cuidados baseados na mais recente evidência.

Em matéria de competências, é expectável num enfermeiro especialista “*um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (MCEEMC, Parecer n.º 10 / 2017).

Nesta linha de pensamento, senti a necessidade de me atualizar e desenvolver novos conhecimentos e novas competências, tendo em vista a prestação de cuidados baseados nas evidências mais recentes. Para adquirir os conhecimentos e as competências que referi, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica, lecionado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A aquisição de competências é caracterizada por Benner (2001) como um processo dinâmico, que se atinge através da vivência e experimentação de situações vividas com as respetivas aprendizagens.

Enquadramo-nos atualmente no Paradigma da Transformação, que perspetiva a pessoa como um ser único, em interação com tudo o que a rodeia, o ambiente interno e externo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspetiva de cada pessoa e englobando a unidade ser humano – ambiente. Nesta linha de pensamento, forma a matriz teórica orientadora do presente relatório, a conceção de cuidados de enfermagem definidos por Meleis e Trangenstein (1994). Desta forma, o enfermeiro interage – interação - com o ser humano num contexto de saúde-doença – cliente -, o ser humano é parte integrante do seu contexto sociocultural - o seu ambiente -, e está a vivenciar um processo de transição - transição. A interação enfermeiro-cliente é dotada de uma intencionalidade, em que o enfermeiro recorre a intervenções para promover, recuperar e facilitar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 66).

Os mesmos autores definem ainda três tipos de transição: de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença. A prevenção da pneumonia associada à ventilação na pessoa em situação crítica é uma transição saúde/doença, em que as intervenções de enfermagem se assumem como um conjunto de intervenções específicas potenciadoras e facilitadoras da saúde. Neste sentido, sendo a Teoria

da Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance, estas “*consideradas de alta aplicabilidade na pesquisa e prática clínica*” (Brandão, Martins, Peixoto, Lopes e Primo, 2017, p. 2), fez sentido fundamentar o tema à luz desta teoria.

A esperança média de vida tem aumentado em Portugal, traduzindo-se numa população cada vez mais envelhecida, conforme patenteia o índice de envelhecimento relativo ao ano de 2017, de 153,2% (Base Dados Portugal Contemporâneo, 2019). Para além disso, segundo a mesma fonte, é notório o incremento das despesas anuais em saúde, que registaram um aumento de cerca de três milhões de euros em apenas em 16 anos (entre 2000 e 2016), sendo que este valor se cinge às despesas dos hospitais enquanto prestadores de cuidados de saúde à população (Base Dados Portugal Contemporâneo, 2019).

Ainda, atualmente as doenças respiratórias assumem o terceiro lugar enquanto principal causa de morte da população, e desde a década de 90 que se tem verificado um aumento considerável na taxa de óbitos motivados por estas doenças, contrariamente à tendência observada nas doenças do aparelho circulatório (DGS, 2017). Atendendo à realidade portuguesa, considereei prioritário intervir numa área emergente.

Deste modo, senti necessidade de realizar uma Revisão Sistemática de Literatura de forma a desenvolver competências e conhecimentos na área da PAV. Esta necessidade formativa foi percecionada durante a realização do estágio intitulado “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, o qual decorreu numa unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgicos, onde a ventilação mecânica é uma realidade quotidiana, e na medida em que a PAV se apresenta como um problema crítico para os doentes internados nas UCI's.

A justificação para a determinação do tema liga-se a aspetos de crescimento pessoal e profissional, bem como à necessidade expressa em estudos anteriores no sentido do aprofundamento desta temática, especialmente no que concerne à prevenção. A propósito, Batra et al. (2018) apresenta como sugestão o desenvolvimento futuro de estudos para prevenção da PAV através de *Bundles*.

Neste âmbito, ao longo do meu percurso desenvolvi competências e partilhei conhecimentos, nomeadamente através da discussão sobre as práticas, da participação, através de uma comunicação oral sobre a temática, num congresso intitulado “International Congress of Health and Well-being Intervention (ICHWBI 2019)” e da publicação do resumo do artigo científico produzido em revista indexada.

Com o intuito de potenciar a variabilidade de experiências vividas no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, propus-me à realização de dois estágios, designadamente: o estágio do módulo I, que decorreu num serviço de urgência médico-cirúrgica de um hospital da periferia de Lisboa; e o módulo opcional, realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica.

O módulo I de estágio foi realizado num serviço de urgência geral de um hospital da periferia de Lisboa, um hospital relativamente recente, mas que dá resposta a uma vasta população, com uma afluência semelhante aos demais hospitais da região de Lisboa. O SUG classifica-se como uma urgência médico-cirúrgica, correspondendo ao segundo nível de acolhimento das situações de Urgência. Quer isto dizer que funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano (DR, Despacho N.º 727, 2007).

O módulo opcional, por sua vez, foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica. Estive presente no acompanhamento da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo que todos eles procuram uma rápida e diferenciada assistência e socorro à população no contexto pré-hospitalar.

Assim, no presente relatório pretendo apresentar a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios, de forma a dar resposta aos objetivos delineados, e a demonstrar as competências que adquiri.

O relatório está dividido em quatro partes. Na primeira parte, de cariz introdutório, consta um enquadramento conceptual, bem como uma breve abordagem ao contexto populacional atual e à necessidade de intervenção da enfermagem justo do mesmo. Constam também os objetivos pessoais e a metodologia utilizada na construção do relatório. A segunda parte incide sobre os cuidados de enfermagem

na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) e suas estratégias, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Na terceira parte realizo uma análise reflexiva e crítica de todo o processo de aprendizagem, complementando-o com situações práticas onde são evidenciadas as competências adquiridas, bem como as dificuldades sentidas e estratégias utilizadas para obter os resultados pretendidos (salvaguardando em todos os momentos o sigilo e a confidencialidade do processo clínico de todos os envolvidos nos cuidados). Na quarta e última parte do relatório constam as considerações finais do mesmo, onde de forma resumida é finalizado o trabalho e são destacados os elementos mais significativos de todo este percurso.

O presente relatório está referenciado bibliograficamente através nas Normas APA, 6ª edição.

1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde são francamente valorizadas no contexto de um alerta para os cuidados prestados, porque estas significam não só a existência de uma infeção, mas também um prejuízo para o doente, traduzindo-se frequentemente no aumento do tempo necessário de internamento, bem como dos custos em saúde e da comorbilidade e morbilidade (Frost et al, 2018).

As unidades de cuidados intensivos abordam uma população de vulnerabilidade acrescida face às demais unidades de internamento, no sentido em que tende a apresentar um grau acrescido de complexidade e emergência. Este facto, aliado à constante necessidade de técnicas invasivas para corresponder às necessidades desta população, torna as unidades de cuidados intensivos num local propenso ao risco de infeção (Almeida et al, 2018).

O uso da ventilação mecânica invasiva assume-se como umas das técnicas mais utilizadas para colmatar a ventilação ineficaz. Esta técnica tem inúmeras vantagens, no entanto, assume-se também como um importante fator de risco no que respeita ao desenvolvimento infeções associadas aos cuidados de saúde e à opressão dos mecanismos de defesa do hospedeiro. A ventilação mecânica diminui e, em algumas situações, suprime os mecanismos naturais de prevenção, tais como reflexo da tosse, movimento ciliar, presença de imunoglobinas, podendo mesmo alterar a anatomia do aparelho respiratório pela presença de um tubo endotraqueal que quebra uma importante barreira de mecanismos de defesa do próprio organismo (Batra et al., 2018).

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é, então, uma das infeções mais comuns associadas aos cuidados de saúde que surgem nas unidades de

cuidados intensivos (Batra et al., 2018). A PAV é atualmente a segunda infecção nosocomial mais prevalente em unidades de cuidados intensivos, tendo uma taxa de incidência que pode ir dos 9% aos 68% (Atashi et al, 2018). Caracteriza-se por uma infecção nosocomial que acontece em doentes sob ventilação mecânica invasiva há pelo menos 48 horas (Parisi et al, 2016), sendo que o risco de PAV aumenta exponencialmente com o aumento de dias de ventilação do doente (Yeganeh et al, 2016).

Para Sadasivan, George e Krishnakumar (2018), dada a gravidade e frequência com que a PAV acontece, é imperativa a prevenção para a melhoria da qualidade de cuidados. No contexto hospitalar, as taxas de incidência de infecções nosocomiais são monitorizadas através da implementação de programas de controlo de infeção e programas de promoção da qualidade de cuidados. Neste sentido, têm sido desenvolvidos inúmeros programas de prevenção de controlo de infeção, nos quais a implementação de *bundles* tem assumido uma importante oportunidade de prestar cuidados baseados na evidência aliada à segurança dos cuidados prestados, usando uma abordagem multidisciplinar para obter melhores resultados no que se refere à prevenção das infeções nosocomiais (Yazici & Bulut, 2018).

Aliado à implementação de *bundles* com orientações interventivas para a prática de cuidados, surge também um importante fator: a competência dos profissionais de saúde para a adequação às práticas de cuidados. Neste âmbito, tem-se também assistido a um elevado investimento na formação contínua dos profissionais, e em especial dos enfermeiros, no sentido da potencialização da diminuição das taxas de infeções associadas aos cuidados de saúde (Parisi et al, 2016).

Desta forma, e através dos últimos estudos realizados, a aposta na prevenção da PAV e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tem obtido significativos ganhos em saúde para os doentes e significativas reduções de necessidades de internamento e custos em saúde, significando uma maior disponibilidade de recursos para um maior elevado número de doentes que necessitem deste tipo de cuidados. Concretamente, através do investimento nestes dois eixos interventivos, tem-se conseguido ganhos em saúde para os doentes em que, através da implementação destas estratégias, está documentada uma

redução da necessidade da permanência dos doentes em UCI's até nove dias de internamento e uma diminuição da necessidade de VMI até cinco dias (Parisi et al, 2016).

Apoiada nesta premissa, e decidida a aprofundar esta temática, desenvolvi uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica no adulto internado na unidade de cuidados intensivos.

Método

A pesquisa realizada tratou-se de uma revisão sistemática da literatura, sendo este *“um método de investigação científica com um processo rigoroso e explícito para identificar, selecionar, coletar dados, analisar e descrever as contribuições relevantes da pesquisa (...) Em suma, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma pergunta específica”* (Ferenhof & Fernandes, 2016, p. 553).

Deste modo, defini como objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica no adulto internado na unidade de cuidados intensivos, e formulei a seguinte questão norteadora da pesquisa:

Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica no adulto internado em unidades de cuidados intensivos?

A questão norteadora da pesquisa foi formulada segundo a mnemónica PI[C]OS, sendo “P” a População Escolhida (participantes), “I” as Intervenções, “C”, as comparações, “O” o Resultados (*Outcomes*) e “S” Desenho dos estudos (*Study design*).

Desta forma, considerei os seguintes passos:

- População: pessoa com idade superior a dezoito anos;
- Intervenções: intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica nas Unidades de Cuidados Intensivos
- Comparações: quando existentes

- Resultados: todos os estudos decorrentes no contexto de UCI's que visem a prevenção da PAV
- Desenho dos estudos: primários

Foi consultado o motor de busca EBSCO, e foram escolhidas todas as bases de dados nele incluídas: CINAHL complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science e Technology Abstracts, MedicLatina e PubMed.

A pesquisa foi realizada no dia quatro de janeiro de 2019, utilizando-se descritores, consultados e validados na plataforma de consulta de descritores em saúde MeSH e Decs. No decorrer da pesquisa tornou-se também essencial a tradução dos descritores para a língua inglesa, dada a preferência deste idioma nas bases de dados utilizadas e, por conseguinte, a maior abrangência de resultados obtidos. Foram assim identificados os descritores: *“Nursing care”*, *“Critical care”*, *“Pneumonia, Ventilator-Associated”* e *“Prevention & Control”*.

Foram pesquisados todos os descritores com os termos de indexação nas bases de dados incluídas, e utilizado o operador booleano “AND” entre cada conceito, ou seja, *“Nursing Care” AND “Critical Care” AND “Pneumonia, Ventilator-Associated” AND “Prevention & Control”*.

Seguindo o intuito de ampliar os resultados da pesquisa, os descritores foram pesquisados por assunto, no título e resumo. Foram, para seleção dos artigos, aplicados os seguintes fatores de inclusão e exclusão (quadro 1):

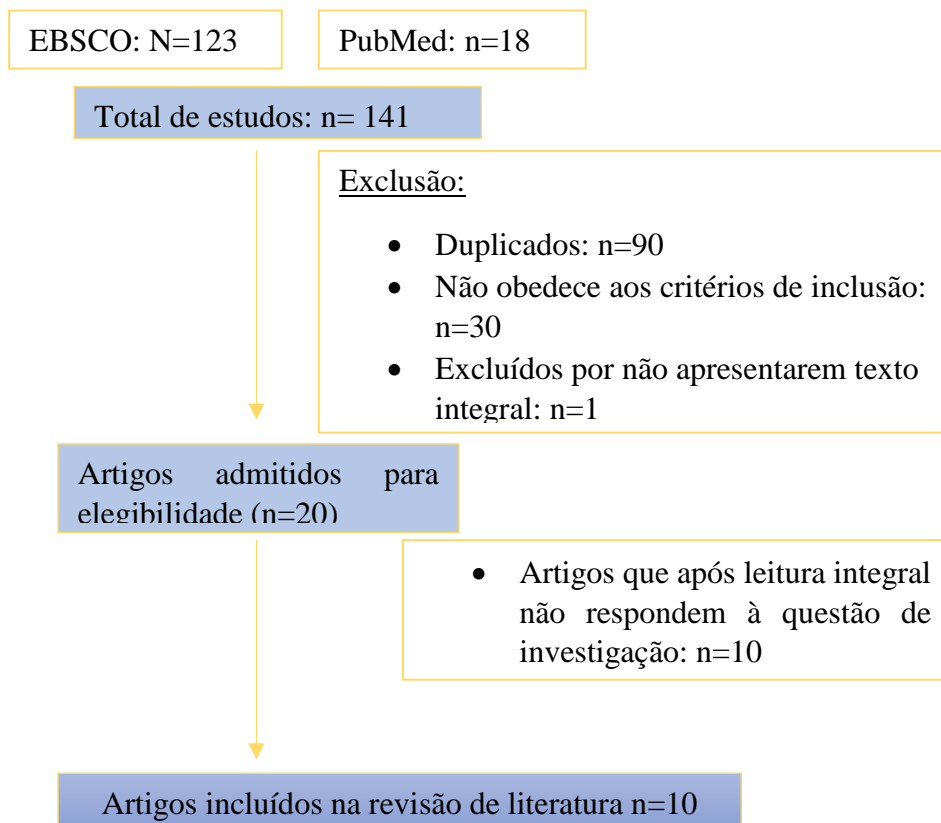
Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Investigações realizadas à pessoa adulta em Unidades de Cuidados Intensivos;	Investigações realizadas a populações pediátricas;
Investigações publicadas nos últimos 4 anos, entre 2014 e 2018;	Investigações publicadas há mais de 4 anos

Investigações relacionadas com intervenções de enfermagem para a prevenção PAV;	Investigações relacionadas com a prevenção da PAV que não abordem intervenções de enfermagem;
Investigações com textos em português, inglês ou espanhol;	Investigações com apresentação comercial de dispositivos médicos;
Investigações com texto integral.	Investigações sem texto integral.

Para obter os resultados que abordam a temática em estudo, foram necessárias etapas essenciais ao processo: primeiramente, foi realizada uma pesquisa automática nas bases de dados associando os fatores de inclusão e exclusão pretendidos; em segundo lugar, procedeu-se à seleção dos artigos que não respondiam ao objetivo da pesquisa, realizando uma revisão dos estudos encontrados com vista a identificar as repetições, leitura dos artigos e a análise dos mesmos, com base na relação entre os objetivos dos estudos e o propósito da presente revisão da literatura. Estas etapas tiveram como objetivo a exclusão dos artigos não pertinentes à temática em análise e a seleção dos estudos a integrar na revisão de literatura (Fig. 1).

Figura 1. Processo de seleção dos artigos para revisão



Resultados

Foram incluídos nesta revisão sistemática da literatura 10 artigos, cujas características se encontram sintetizadas no quadro 2.

Quadro 2 - Resumo da evidência recolhida através dos estudos incluídos

Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
1. The impact of abdominal massage administered to intubated and enterally fed patients on the development of ventilator-associated pneumonia: A randomized controlled study			
Kahraman & Ozdemir, (2015)	n= 32 doentes sob VMI e alimentação entérica	Massagem abdominal duas vezes ao dia durante 15 minutos	Estudo randomizado controlado
Resultados	A massagem abdominal nos doentes teve uma repercussão em cerca de 87,5% na diminuição do perímetro abdominal dos doentes do grupo de intervenção. Neste estudo foi também documentado um decréscimo na taxa de incidência de PAV em 25% após a aplicação massagem abdominal nos doentes sob VMI e alimentação entérica		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
2. The effectiveness of na oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia			
Liao, Tsai & Chou, (2014)	n= 199 (grupo experimental n=99; grupo de controlo n=100) doentes com mais de 20 anos, internados na UCI que tivessem sob VMI por mais de	Protocolo de cuidados de higiene oral: manutenção da pressão do <i>cuff</i> entre 20-24 mmHg a cada 8h; higiene oral prestada com escova de dentes e solução de clorexidina durante pelo menos 5 min a cada sessão; manutenção da cabeceira a pelo menos 30°	Estudo experimental

	24h; possuísem SNG e que pudessem permanecer com cabeceira a 30°		
Resultados	<p>O presente estudo demonstra a importância da implementação programa de cuidados de higiene oral nos doentes submetidos a VMI por obteve-se uma redução de 18% para 4% de taxa de incidência de PAV após a implementação de um programa que incluía a monitorização da pressão do <i>cuff</i> (20-24mmHg) a cada 8h, cuidados de higiene oral com escova de dentes e solução com clorexidina e o posicionamento do doente com a cabeceira a mais de 30°.</p> <p>A aplicação de um programa de cuidados de higiene oral pode melhorar as condições da mucosa oral e reduzir as taxas de incidência da PAV, pelo que se torna amplamente recomendada a aplicação deste tipo de programas em UCI's</p>		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
3. Prevention of ventilator-associated pneumonia: use of the care bundle approach			
Alcan, Korkmaz, & Uyar, (2016)	n=128 doentes sob VMI, maiores de 18 anos	<p>A implementação de uma <i>bundle</i> que consiste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elevação da cabeceira a 30-45°, • interrupção diária da sedação • avaliação diária da prontidão para extubação; • profilaxia da úlcera péptica; • profilaxia da trombose venosa profunda; 	Estudo quase experimental

		<ul style="list-style-type: none"> • cuidados de higiene oral com clorexidina; • higiene das mãos e monitorização da pressão do <i>cuff</i> 	
Resultados	<p>A implementação de uma <i>bundle</i> que consiste na elevação da cabeceira a 30-45°, interrupção diária da sedação e avaliação diária da prontidão para extubação, profilaxia da ulcera péptica, profilaxia da trombose venosa profunda, cuidados de higiene oral com clorexidina, higiene das mãos e monitorização da pressão do <i>cuff</i> significou uma significativa redução da incidência da PAV de 15.91/103 dias de ventilação para 8.50/103 dias de ventilação.</p> <p>Neste estudo foi ainda observado a importância da formação dos profissionais sobre a <i>bundle</i> que levou a um aumento da adesão à implementação da <i>bundle</i> em 79% o que também se repercutiu no decréscimo das taxas de incidência da PAV</p>		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
4. Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia			
Chacko, et al. (2017)	n=212 (grupo experimental n=106; grupo de controlo n=106)	Cuidados de higiene oral prestados 3 vezes por dia com <i>kit</i> de higiene pré-preparado com escova de dentes, cateter de sucção e seringa com clorexidina, sendo todo o material descartável	Estudo prospetivo, randomizado e duplo-cego
Resultados	<p>O uso de escova de dentes associado à clorexidina teve uma taxa de incidência de PAV de 8.6/1000 dias de VMI comparativamente aos 11.6/1000 dias de VMI no grupo de controlo onde foram aplicados os cuidados de higiene oral convencionais.</p> <p>Não há evidência significativa que os dois métodos de higiene oral tenham repercussões diferentes nas taxas de incidência da PAV</p>		

	<p>Mantém-se a não consensualidade sobre a melhor técnica de higiene oral na prevenção da PAV.</p> <p>Ressalva-se a importância dos cuidados de higiene oral na prevenção da PAV, independentemente da técnica de descontaminação oral utilizada.</p>		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
5. Development, validation and application of a ventilator-associated pneumonia checklist in a single cardiac surgery centre			
Li, et al. (2018)	n=18 enfermeiros da UCI de cirurgia cardíaca	Implementação de uma <i>checklist</i> com: Informação sobre o doente, avaliação do doente; Validação das medidas preventivas da PAV	Estudo transversal
Resultados	A taxa de incidência da PAV diminuiu de 14.48 para 5.47/1000 dias de ventilação após a implementação de <i>checklist</i> para a prevenção da PAV		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
6. A systematic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle			
Speck et al. (2016)	Dados recolhidos através da revisão das <i>guidelines</i> para a PAV entre 2001 e 2016	Levantamento, análise e síntese das <i>bundles</i> para a prevenção da PAV	Revisão sistemática
Resultados	<p>A implementação de <i>bundles</i> nos cuidados de saúde está associada a reduções significativas das infeções nosocomiais, nomeadamente à PAV.</p> <p>A implementação de <i>bundles</i> fornecem um suporte à prática de cuidados resultando na uniformização de cuidados e práticas de cuidados baseados na evidência.</p>		

	O carácter objetivo das <i>bundles</i> facilita a padronização dos cuidados resultando numa melhor adaptação dos cuidados de saúde prestados às necessidades dos doentes refletindo um ganho em saúde para os doentes.		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
7. Continuous Versus Intermittent Subglottic Secretion Drainage to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: A Systematic Review			
Wen et al. (2017)	Dados recolhidos através de 8 estudos	Levantamento de dados relativos à aspiração de secreções de forma contínua ou intermitente	Revisão sistemática
Resultados	<p>A aspiração de secreções subglóticas esta associada a uma diminuição da incidência da PAV.</p> <p>Não existe evidência de que um destes métodos seja mais eficaz em detrimento do outro.</p> <p>A aspiração de secreções subglóticas deve ser associada a outras intervenções como a elevação da cabeceira, manutenção da pressão do <i>cuff</i> de forma a potenciar a prevenção da PAV.</p>		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
8. The effect of a desing respiratory Care Program on the incidence of Ventilator-Associated Pneumonia: A Clinical Trial			
Abbasinia et al. (2016)	n=72 doentes (grupo experimental n=35; grupo de controlo n=37)	<p>Implementação de uma <i>bundle</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da pressão do <i>cuff</i> a 25mmHg duas vezes por dia; • Verificação da elevação da cabeceira a 45° duas vezes por dia; • Aspiração de secreções subglóticas e orais antes e após posicionamentos 	Estudo experimental

Resultados	A implementação de estratégias como manutenção da pressão do <i>cuff</i> em 25cmH ₂ O, manutenção da elevação da cabeceira a 45° aspiração de secreções subglóticas e orais antes do posicionamento do doente reduz a incidência da PAV 43,8% para 15,6%.		
Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
9. Use of Ventilator Bundle and Staff Education to decrease Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Patients			
Parisi et al. (2016)	n=362 doentes internados em UCI	Implementação de uma <i>bundle</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Elevação da cabeceira; • Períodos de interrupção de sedação diária; • Avaliação de prontidão para extubação; • Profilaxia da úlcera péptica; • Profilaxia de trombose venosa profunda; • Higiene oral duas vezes por dia com solução de bicarbonato de sódio e escova de dentes descartável Programa de formação aos profissionais	Estudo prospectivo de intervenção
Resultados	A implementação de <i>bundles</i> para os cuidados com a VMI associado à formação/educação dos profissionais demonstrou uma redução da PAV de 21,6 para 11,6 por 1000 dias de ventilação. Houve uma redução da necessidade de permanência dos doentes na UCI de 36 para 27 dias. Diminuição da duração da necessidade de ventilação mecânica invasiva de 26 para 21 dias.		

Estudo	Participantes	Intervenções	Desenho
10. The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: A multicenter study			
Eom, Lee & Chun (2014)	Dados recolhidos através da implementação das intervenções em UCI de 6 Hospitais Coreanos	Implementação de uma <i>bundle</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Elevação da cabeceira; • Profilaxia da úlcera péptica • Profilaxia da trombose venosa profunda; • Higiene oral com clorexidina 0.12%; • Aspiração contínua de secreções subglóticas (item opcional) Implementação de um programa de formação aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)	Estudo quase experimental
Resultados	<p>A implementação da <i>bundle</i> significou a redução da incidência da PAV de 4,08 para 1,16 por 1000 dias de ventilação.</p> <p>O cumprimento linear das intervenções definidas nas <i>bundles</i> por parte dos profissionais tem um significado importante na eficácia da <i>bundle</i> significando uma maior redução da taxa de incidência da PAV.</p> <p>O cumprimento da técnica de higiene oral com solução de clorexidina foi o elemento individual mais significativo na redução da taxa de incidência da PAV.</p>		

Discussão

Com base na análise dos artigos incluídos, destacaram-se questões relevantes relativamente à temática em estudo. Assim, emergiram dois eixos delineadores do tema, nomeadamente a aplicação de *bundles* e a formação contínua dos

profissionais de saúde como estratégias para a Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação, eixos estes que serão discutidos abaixo.

Aplicação de *bundles* para a prevenção da PAV – uma intervenção autónoma de enfermagem

A implementação de *bundles* na prática de cuidados de saúde fornece um suporte à prática de cuidados que resultam na uniformização de cuidados e práticas baseadas na evidência. O carácter objetivo das *bundles* facilita a padronização dos cuidados, resultando numa melhor adaptação dos cuidados de saúde prestados às necessidades dos doentes, traduzindo-se num ganho em saúde para os mesmos. Neste contexto, verifica-se que a implementação de *bundles* para a orientação de cuidados está associada a reduções significativas das infeções nosocomiais, nomeadamente da PAV (Speck et al. 2016).

Vários são os autores que definem *bundles* com diferentes associações de intervenções de enfermagem para a prevenção da PAV. Segundo um estudo desenvolvido por Alcan, Korkmaz e Uyar (2016), com o objetivo de investigar a eficiência do uso de uma *bundle* para a prevenção da PAV, a implementação de uma *bundle* que inclui a elevação da cabeceira a 30-45°, a interrupção diária da sedação, a avaliação diária da prontidão para extubação, a profilaxia da úlcera péptica, a profilaxia da trombose venosa profunda, os cuidados de higiene oral com clorexidina, a higiene das mãos e a monitorização da pressão do *cuff* revelou resultados positivos na prevenção da PAV. Estas medidas permitiram diminuir a taxa de incidência da PAV de 15.91/1000 dias de ventilação para 8.5/1000 dias de ventilação. Já Liao, Tsai e Chou (2014), desenvolveu uma *bundle* mais simplificada, onde incluía apenas a monitorização do *cuff* (20-24 cmH₂O) a cada oito horas, cuidados de higiene oral com escova de dentes e clorexidina e a elevação da cabeceira acima dos 30°. Este estudo revelou também ganhos em saúde para os doentes revelando uma diminuição da taxa de incidência da PAV de 18% para 4% (Liao, Tsai & Chou, 2014).

A corroborar os estudos acima referidos, um estudo em que se incluiu a manutenção da pressão do *cuff* em 25cmH₂O, manutenção da elevação da cabeceira a 45° e a aspirações de secreções subglóticas e orais antes e após

posicionamentos revelou que este tipo de intervenções podem reduzir a incidência da PAV de 43.8% para 15.6% (Abbasinia et al, 2016).

Da análise dos estudos encontrados podemos concluir que existe unanimidade na evidência de que os cuidados de higiene oral são um dos elementos na prevenção da PAV mais relevantes e que produzem melhores resultados em termos de redução de taxas de incidência da PAV, pelo que é uma intervenção inclusa nas *bundles* dos estudos apresentados (Liao, Tsai & Chou, 2014; kahraman & Ozdemir, 2015; Alcan , Korkmaz, & Uyar, 2016; Chacko et al, 2017).

Relativamente aos cuidados de higiene oral, a sua importância está ressaltada na literatura encontrada; no entanto, não há ainda unanimidade no que refere à técnica utilizada para realizar a descontaminação oral (Chacko et al, 2017).

Outra intervenção ainda controversa é a aspiração de secreções subglóticas contínua ou intermitente para a prevenção da PAV, pois os riscos associados a cada uma das intervenções são elevados e a investigação dirigida a esta intervenção é ainda inconclusiva, não revelando que um dos métodos seja mais eficaz em detrimento do outro (Wen et al, 2017).

A massagem abdominal em doentes sob VMI e alimentação entérica foi uma das intervenções também valorizadas nos estudos encontrados, pois o aumento do perímetro abdominal em doentes com alimentação entérica pode significar um aumento da probabilidade de refluxo gástrico e, conseqüentemente, de aspiração de vômito e maiores taxas de PAV. A realização de massagem abdominal como intervenção preventiva, revelou uma diminuição em cerca de 87.5% do perímetro abdominal dos doentes, e deste modo a diminuição da PAV em 25% após a aplicação desta intervenção (Kahraman & Ozdemir, 2015).

Embora as intervenções de enfermagem para a prevenção da PAV sejam já uma área de investigação amplamente estudada, a análise dos estudos revela ainda uma lacuna relativamente aos itens investigados. Na maioria dos estudos analisados, é estudada uma associação de duas intervenções de enfermagem, sendo que é necessária uma maior investigação relativamente à importância individual das intervenções de enfermagem, de forma a que se possa otimizar as *bundles* com vista aos ganhos em saúde para os doentes (Li et al, 2018).

Formação contínua dos profissionais de saúde – uma estratégia potenciadora da competência do enfermeiro e da uniformização de cuidados

Um dos principais obstáculos à implementação das *bundles* é a falta de formação dos profissionais de saúde que resulta em discrepâncias na utilização e implementação das *bundles* diminuindo assim a sua eficácia (Yazici & Bulut, 2018). Esta diminuição da eficácia das *bundles* implementadas significa um maior insucesso na prevenção da PAV. Considerando o seu carácter objetivo e orientador na prática, quanto maior a congruência dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, com as *bundles* implementadas melhores serão os resultados na redução da PAV nas UCI's (Kahraman & Ozdemir, 2015).

Neste sentido, os estudos analisados defendem que, aliado à aplicação de *bundles* para a orientação da prática, devem ser também implementados programas de formação dos profissionais de saúde, pois isto traduz um maior cumprimento e adesão às *bundles* e, conseqüentemente, melhores resultados no que se refere à prevenção da PAV (Alcan, Korkmaz & Uyar, 2016; Yazici & Bulut, 2018). Esta associação de eixos interventivos tem resultados mensuráveis no que respeita à prevenção da PAV, pois num estudo desenvolvido por Parsi et al (2016) verificou-se que esta associação pode significar uma redução da PAV de 21,6 para 11,6/1000 dias de ventilação invasiva. Um outro estudo revelou resultados bastante semelhantes, apoiando-se no facto de que, com o aumento da formação contínua dos profissionais, se conseguiu uma redução da PAV de 23,4 para 12,6/1000 dias de ventilação invasiva. No decorrer deste estudo foi ainda verificado que o uso de *checklists* para monitorizar a compatibilidade das intervenções dos profissionais com as indicações preconizadas nas *bundles* significa uma redução da taxa de incidência da PAV de 4,2 para 0,7/1000 dias de ventilação invasiva (Yazici & Bulut, 2018).

Conclusão

A PAV é hoje em dia um importante elemento no que refere à qualidade de cuidados de enfermagem prestados em todo o mundo pelo que a sua prevenção se torna uma obrigatoriedade. Os cuidados de enfermagem desenvolvidos com vista a atingir este objetivo são atualmente uma preocupação real dos enfermeiros e das organizações de saúde na sua generalidade, pelo que temos assistido nos

últimos anos a um investimento na investigação nesta área. Esta revisão permitiu concluir que os cuidados de enfermagem assumem um importante papel na prevenção da PAV e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a implementação de *bundles* para a prevenção da PAV se torna uma estratégia eficiente no que respeita ao alcance dos objetivos propostos. Aliada à implementação de *bundles*, a formação dos profissionais denotou-se também como uma estratégia potenciadora de melhores resultados no que refere à coerência e uniformização dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na diminuição das taxas de incidência da PAV nos cuidados intensivos.

Desta forma, conclui-se que a PAV nas unidades de cuidados intensivos pode ser francamente prevenida quando aliamos a competência dos profissionais a intervenções que os mesmos possam desempenhar autonomamente, fruto um conhecimento baseado na evidência mais recente. Ressalvando ainda que é necessária investigação contínua na área, pois os aspetos relacionados com a saúde estão em permanente mutação e desenvolvimento. Tem-se que os cuidados de enfermagem são uma meio capaz de fazer a diferença no que se refere à qualidade de cuidados prestados, tendo como primeiro e último beneficiário a pessoa internada em cuidados intensivos.

2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PERCURSO DESENVOLVIDO

2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Os serviços de urgência são, hoje em dia, locais onde a imprevisibilidade e complexidade das pessoas que deles necessitam estão permanentemente presentes, delineando a intervenção do enfermeiro de urgência. Segundo Sheehy (2011), a enfermagem de urgência consiste na proteção, promoção e otimização da saúde e das capacidades da pessoa humana, sendo que o enfermeiro de urgência é o elemento mais próximo de contato com a pessoa, devendo agir em defesa da mesma, coordenando-se com a equipa multidisciplinar. Para isto, e segundo a mesma fonte, o enfermeiro de urgência deve *“ser dotado de competências técnicas, científicas e relacionais com vista a qualidade e solidez dos cuidados de enfermagem”* (Sheehy, 2011).

O SUG tem à sua disposição diversas valências, entre as quais se enumeram as salas de triagem com capacidade para quatro doentes, a sala de observação com capacidade para doze doentes (incluindo unidades de isolamento) e a sala de reanimação com capacidade para acolher dois doentes. No SUG existem ainda posto de observação rápida (dotado de uma sala de aerossóis, uma sala para macas e um posto para procedimentos de enfermagem variados, como colheita de espécimes, colheitas de sangue, administração de terapêutica, entre outros), e postos de estadia curta com capacidade para um total de 44 doentes, com a possibilidade de serem aumentado caso haja necessidade por elevada afluência. Neste último posto há ainda a possibilidade monitorização eletrocardiográfica, caso seja necessária uma maior vigilância. No SUG existem ainda duas salas de pequena cirurgia, e uma sala de apoio à ortopedia.

Com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definido pela Ordem

dos Enfermeiros, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são “*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.*” (OE , 2010)

Este estágio desenvolveu-se ao longo de 260 horas de estágio, durante o período de três de setembro de 2018 a 18 de dezembro de 2018.

Neste sentido, defini como objetivo geral para este contexto: **Desenvolver competências técnicas, científicas-éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa doente e sua família em situação crítica, em contexto de urgência.**

Como primeiro objetivo específico defini: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa doente em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral, de acordo com a metodologia científica.**

São múltiplos os fatores que constituem a adversidade de prestar cuidados no contexto de urgência e emergência, nomeadamente a variabilidade das faixas etárias – que se compreendem entre o jovem adulto, adulto e idoso –, as múltiplas morbilidades de cada um, a elevada rotatividade e afluência aos serviços de urgência, o desconhecimento prévio da motivação de recorrência a cuidados de saúde urgentes – especialmente aqueles que são trazidos pela VMER ou bombeiros com pouca contextualização do estado de saúde prévio da pessoa – e uma observação inicial muitas vezes indicadora da presença de variados sinais e sintomas que podem significar necessidades de intervenção variadas.

A pessoa que recorre ao SUG inicia o seu processo de admissão pelos técnicos de informação e apoio, e posteriormente é recebido na triagem. A exceção são as pessoas que vêm em situações de emergência e que entram diretamente no SUG

via sala de reanimação, por necessitarem de cuidados de saúde imediatos. A triagem é realizada pelo enfermeiro, baseando-se na Triagem de Manchester, através de fluxogramas que culminam na atribuição de uma pulseira colorida que traduz o carácter mais ou menos urgente dos cuidados. A triagem identifica, assim, o motivo da vinda à urgência, priorizando-o no contexto de urgência de cuidados, sendo que este processo visa identificar rapidamente clientes em situação urgente de modo a controlar e gerir prioridades relativamente às necessidades de cuidados de saúde (DR, Despacho n.º 1057/2015). Após a atribuição da correspondente pulseira, a pessoa aguarda a observação médica de acordo com a prioridade que lhe foi atribuída.

Neste contexto, tive a oportunidade de permanecer um turno na triagem do SUG, onde pude constatar que a multiculturalidade que caracteriza a população abrangida pelo SUG pode representar um entrave à comunicação eficaz entre enfermeiro e pessoa alvo de cuidados.

O desafio da multiculturalidade nos cuidados de saúde é cada vez mais uma realidade na sociedade portuguesa, pois o número crescente de doentes provenientes de diferentes culturas tem vindo a assumir-se como um desafio para os enfermeiros na sua assistência individualizada e holística. Temos assim que a enfermagem transcultural é uma necessidade na integração dos cuidados de enfermagem, já que as necessidades culturais de cada pessoa definem em grande parte conceito de saúde de cada um, e deve ser assumido pelo enfermeiro como parte integrante do seu cuidado de forma a corresponder as suas necessidades. O enfermeiro deve assim ter uma visão ampla do que significa a cultura e os costumes, sendo sensível ao seu significado para conseguir dar resposta às necessidades percecionadas pelo doente. Este conceito de cuidado transcultural foi primeiramente descrito por Leininger, que enfoca a relação entre o cuidado de enfermagem, a cultura e o bem-estar, defendendo que o enfermeiro deve adquirir um conhecimento aprofundado das diferentes culturas e competências em comunicação intercultural afim de prestar cuidados individualizados (Vilelas & Janeiro, 2012). A autora afirma que:

«the status of transcultural nursing over the past 4 decades has been highlighted with trends influencing the field (...) traditional nursing education

and practice will be transformed into some entirely different ways of knowing and helping people of many cultures. There is an urgency for (...) establish transcultural nursing practices to meet the tremendous mobile immigrant and cultural populations worldwide. (...) Thus a real and urgent challenge is before us to prevent unfavorable consequences such as cultural clashes, cultural impositions, cultural pain and cultural backlash. (...) Moreover, consumers of health care are desirous of care that is culturally congruent, meaningful, and personally helpful to them and their families» (Leininger , 1997, p. 346)

Neste contexto, por vezes existem barreiras linguísticas importantes, que podem pôr em causa a clareza das questões colocadas e das respostas fornecidas. Este aspeto é da máxima importância para que os fluxogramas sejam aplicados adequadamente e para que as prioridades sejam definidas de acordo com as reais necessidades dos doentes. Por conseguinte, o enfermeiro tem de estar dotado, para além de elevadas competências técnico-científicas, de competências relacionais, devendo ser perspicaz no que concerne à observação de sinais e sintomas, por forma a garantir a clara receção e passagem de informação, que se traduza numa avaliação da triagem correta e na consequente segurança dos doentes (Duro & Lima , 2010).

Mantendo, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, dada a minha inexistente experiência no contexto, acompanhei neste dia de triagem um enfermeiro bastante experiente. Tive a oportunidade de contactar com os algoritmos da triagem em primeira mão, triando pessoas com diferentes prioridades, consoante as orientações que são dadas e **gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada,** aliada também à experiência do enfermeiro que acompanhei.

A avaliação da pessoa que temos à frente não é só um seguimento do algoritmo, mas sim uma pessoa com necessidades reais, que precisa de ser introduzida num contexto para uma melhor resposta às suas necessidades. Em suma, a complexidade do processo de tomada de decisão na triagem sofre influências

internas e externas: as primeiras estão relacionadas com a capacidade e experiência do profissional; as segundas, por seu turno, estão relacionadas com o ambiente, a carga de trabalho e as condições físicas (Anderson, Omberg & Svedlund, 2006).

A literatura demonstra a importância do papel do enfermeiro no decurso do processo da triagem de doentes, identificando-o como o elemento principal na segurança do doente, visto que um enfermeiro dotado de um conhecimento fundamentado, aliado à sua experiência, sabendo interpretar sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do doente que experiencia um processo abrupto de agressão à saúde e com possível ameaça à vida (Duro & Lima, 2010). A intervenção do enfermeiro baseia-se então na tomada de decisão consciente, escoltada pelo julgamento clínico e crítico, dos dados objetivos e subjetivos que se apresentam, levando à prestação de cuidados de enfermagem individualizados, adequados às necessidades individuais dos doentes e atendendo à gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis nos serviços de urgência (Duro & Lima, 2010).

Posteriormente a esta experiência, tive também a oportunidade de prestar cuidados na sala de tratamento destinada às pessoas triadas de cor azul e verde, no posto de observação e reavaliação e no posto de estadia curta, tendo permanecido um turno em cada uma destas áreas. Relativamente ao turno que prestei cuidados às pessoas triadas de cor azul e verde, local onde o carácter emergente de necessidades não se prevê, dada já uma triagem da prioridade de cuidados, tive oportunidade de contactar com uma outra realidade, a cronicidade e recorrência das queixas das pessoas que não são compreendidas *à priori*, tendo assim consequências e danos para os doentes. Exige-se profissionais atentos e sensíveis às mais variadas necessidades das pessoas mesmo quando estas não são curativas, mas sim destinadas ao conforto e qualidade de vida.

De acordo com a definição da OMS (2001) o conforto é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e da sua família através da prevenção e alívio do sofrimento. Por seu lado, Kolcaba (1994), enaltece a importância do conforto na enfermagem defendendo que este se define como a satisfação das necessidades humanas básicas, seja de forma passiva, ativa ou cooperante ou pela

melhoria ou recuperação de uma situação de doença, sendo o objetivo primordial da enfermagem manter ou estimular o conforto. Para a autora, o conceito de conforto é ainda dinâmico e holístico, os indivíduos apresentam respostas holísticas aos diferentes estímulos complexos, como tal a resposta da disciplina de enfermagem deve ir ao encontro desta resposta, mantendo as necessidades básicas de conforto (Kolcaba, 1994).

Desta forma, tem-se que a enfermagem deve centrar-se na pessoa na sua globalidade, deve ser relacionada com as suas necessidades básicas de conforto e avaliada exaustivamente e de forma zelosa. A teoria do conforto é um elemento sistemático (normativo e descritivo) da prática de enfermagem. As necessidades de conforto devem ser detetadas e orientadas para uma intervenção direcionada, pelo que o enfermeiro deve ser capaz de avaliar e dimensionar a extensão da necessidade, bem como o resultado da sua ação (Kolcaba, 2003).

Nesta abordagem ao conforto do doente, vivenciei inúmeros momentos em que o conforto físico e psicológico estiveram presentes como necessidade de intervenção de enfermagem, a desmistificação dos sintomas apresentados, através de educação para a saúde em situações que os próprios doentes não sabem interpretar os sintomas que descrevem, a incerteza do desconhecimento da origem do sintoma foram fatores que identifiquei como desencadeadores de um desconforto físico e psicológico que potenciam ansiedade e significam necessidades de cuidados para os doentes.

Recordo a D. Antónia (nome fictício), uma senhora que recorria ao SUG por um quadro de cefaleias que lhe provocavam além da dor física percecionada pela mesma, uma ansiedade visível por mim e confirmada pela doente. A D. Antónia, na sua admissão na triagem, tinha-se já apresentado hipertensa, tendo sido na altura administrado terapêutica (anti hipertensor) para o efeito. Importa realçar que a D. Antónia tinha já como antecedente pessoal, hipertensão arterial, já se encontrando medicada para o efeito cronicamente. Apesar da terapêutica previamente administrada, a senhora mantinha-se sempre hipertensa, visivelmente ansiosa e preocupada com a situação. A minha intervenção perante a D. Antónia passou por uma conversa de forma a perceber a origem da ansiedade e se seria essa a razão da hipertensão mantida apesar da terapêutica. Esta minha intervenção tinha por

base uma intuição terapêutica, perceber se haveria algum elemento em que pudesse intervir através dos meus cuidados de enfermagem de forma a ir ao encontro das necessidades da D. Antónia.

Desta relação terapêutica estabelecida, consegui perceber que a senhora não cumpria a terapêutica no domicílio conforme a prescrição médica que tinha, porque não compreendia a sua eficácia, e que não estabelecia uma relação de causa-efeito entre o seu antecedente pessoal e a sua sintomatologia. Desta forma, e através da desmistificação da sintomatologia apresentada, consegui atingir o meu primeiro objetivo no cuidado a esta senhora pois, o que a senhora procurava nos cuidados de saúde no SUG era, além do controlo sintomático da dor física que tinha, uma elucidação sobre a sua causa. Com uso da palavra e da escuta ativa, reconhecidos por Mesquita e Carvalho (2014) como a *“uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica”*, fui ao encontro das necessidades da senhora, intervindo eficazmente nas mesmas, explicando e validando conhecimentos e estratégias de acordo com as suas capacidades de compreensão proporcionando não só conforto físico, como também conforto emocional que resultou no grande objetivo dos cuidados, o empoderamento da D. Antónia. O empoderamento assume grande relevância nos cuidados de saúde na medida em que se caracteriza por ser um processo social, psicológico e cultural, que visa a aptidão dos indivíduos na expressão das suas necessidades e preocupações, com o objetivo máximo de adquirirem confiança, autoestima e projeção de estratégias de *coping* na tomada de decisão com vista a atingir os seus próprios objetivos/necessidades. É através desta tomada de decisão informada e consciente que o indivíduo faz a relação entre os seus esforços e o alcance dos resultados pretendidos (OMS, 2001).

Acerca desta temática da promoção do conforto através do estabelecimento de uma relação terapêutica, Kolcaba (2003) considerou ainda este conceito como um processo dinâmico que resulta de intervenções de enfermagem que satisfazem necessidades relativas a estados de espírito, tranquilidade e transcendência.

Outra situação que vivenciei, e que foi extremamente significativa no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, consistiu na prestação de cuidados a um senhor de 96 anos de idade, o senhor António (nome fictício), que recorreu ao

SUG por um quadro de descontrolo álgico. Este senhor tinha já como antecedentes pessoais uma neoplasia gástrica (estadio IV) com metastização peritoneal e hepática. Apresentava também, num contexto paraneoplásico, uma trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo sendo que se encontrava apenas em tratamento paliativo, mas efetivamente não era acompanhado por nenhuma equipa especializada na área. Cuidados paliativos preconizam-se então com o objetivo principal de *“obter a melhor qualidade de vida possível, integrando os aspetos psicológicos, sociais e espirituais e considerando as necessidades básicas da família tanto em vida como para além da morte”* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2012, p.5).

Já com um vasto historial de recorrências ao serviço de urgência pelo mesmo descontrolo álgico, recusava de forma recorrente a realização de exames auxiliares de diagnóstico, como TAC's ou dopplers, pois efetivamente o senhor estava, apesar da sua idade avançada, na posse de todas as suas faculdades, e tinha conhecimento do prognóstico da sua doença. Esta sua vontade expressa era quase como que um entrave nos cuidados prestados. Quando o abordei, o senhor já tinha tido uma avaliação médica e tinha como que um plano definido. Como o próprio não aceitava realizar os exames auxiliares de diagnóstico, o plano seria apenas e só administrar terapêutica analgésica para controlo álgico no momento, resolvendo a queixa do senhor e permitindo-lhe regressar à instituição em que residia.

No decorrer desta experiência, surgiu um tema central aos cuidados prestados ao Sr. António, a futilidade terapêutica. Da literatura tem-se que não é a própria terapêutica que adquire um carácter fútil, mas sim o seu propósito. A futilidade de uma terapêutica advém da sua ineficácia relativamente a um objetivo pretendido. Este tema é ainda controverso, na medida em que a fronteira entre a utilidade e futilidade é ainda ténue face à cultura curativa que vivem os cuidados de saúde. No entanto, é consensual que o fator mais importante na definição de futilidade é o benefício do doente, considerando-se ainda que, a vontade do doente adquire importância acrescida ou mesmo decisiva, no que concerne ao benefício do doente. Quando não se objetiva o resultado esperado através da terapêutica dirigida, esta deve ser considerada fútil e dar lugar assim aos cuidados paliativos, que têm como objetivo primordial o alívio da dor e do sofrimento de forma a que a pessoa possa viver em dignidade (Lima , 2006; D'Arco, Ferrari, Carvalho, Priel, & Pereira, 2016).

Na minha abordagem, esta pessoa suscitou-me *à priori* um grande interesse pois já eram várias as recorrências ao serviço de urgência pelo mesmo de tipo de queixas e até então não se teria resolvido ou promovido a qualidade de vida suficiente e possível para que aquela pessoa pudesse estar de forma o mais possível confortável em casa. Por outro lado, senti indignação pelo facto de apenas assumirem que o plano para esta pessoa seria resolver as queixas imediatas, considerando que o senhor recusava tratamento, pelo que seria para regressar a casa o mais rapidamente possível.

Despendi não mais de cinco minutos, mas cinco minutos que me serviram para escutar ativamente e perceber que apesar da avançada idade, o senhor tinha todo o conhecimento sobre o seu processo de doença e da impossibilidade de tratamento curativo, considerando assim o controlo da dor como uma necessidade, e não o controlo momentâneo, mas sim de longo prazo. Nesta compreensão de necessidades das pessoas, surge um dos temas centrais a esta reflexão, ou seja, a comunicação. Tal como defende Silva (2018), a comunicação é um instrumento básico de enfermagem, central nos cuidados prestados aos clientes. Esta perspetiva é ainda complementada por Phaneuf (2005), que afirma que a comunicação não é só a troca de informação, mas também um meio que determina comportamentos e atitudes que se tornam fulcrais na compreensão da prática dos profissionais de saúde, para que estes consigam atingir e satisfazer as necessidades daqueles que ajudam e, conseqüentemente, atingir um desempenho de qualidade com cuidados centrados na pessoa de quem se cuida.

Desta forma, intervi e discuti com o médico que o tinha observado, expus-lhe a situação, sugeri uma revisão terapêutica e uma referenciação para uma equipa especializada, ao que obtive uma resposta de prescrição apenas de anti-inflamatórios e um opióide fraco para o controlo álgico no momento sem mais terapêutica contínua. Tentei argumentar mais uma vez que não seria suficiente para as necessidades do doente, o médico concordou comigo, mas expressou algum medo na prescrição de opióides, pois infelizmente há ainda muito receio na utilização desta terapêutica fundamental no controle da dor neoplásica.

Como refere Marinho (2013), são os mitos e medos infundados tanto por parte dos profissionais de saúde como da própria população desconhecadora dos seus

benefícios, que leva a que o alívio da dor no cancro seja insatisfatório, culminando num sofrimento desnecessário para a pessoa e sua família conferindo uma má qualidade de vida à pessoa em fase terminal. Após denotar também este obstáculo, discuti com a enfermeira que acompanhei de forma a perceber se haveria um médico mais experiente que o primeiro, de forma a expor-lhe o problema e proporcionarmos cuidados adequados a este senhor. Expus então a situação ao chefe de equipa médica, e este sim fez uma revisão terapêutica com prescrição para todo o descontrolo sintomático da doença que aquela pessoa sentia necessidade de controlar. Relativamente à referenciação a uma equipa especializada, conseguimos sinalizar o senhor para a equipa de paliativos para posteriormente ser acompanhado.

Através desta vivência, demonstrando **compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência** considero ter adquirido a competência de **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização**. E, através da minha intervenção sobre esta pessoa alvo de cuidados tomei **decisões fundamentadas, atendendo à evidência científica e às minhas responsabilidades sociais e éticas**.

Os restantes turnos foram realizados essencialmente na sala de observação (SO) e sala de reanimação onde a imprevisibilidade e o desconhecimento prévio do contexto de saúde dos doentes, o elevado número e rotatividade dos mesmos foram, para mim, uma adversidade a superar. Para tal, utilizei diversas estratégias, fossem elas a confirmação e reconfirmação da identificação do doente através da pulseira identificativa, a memorização do motivo de recorrência à urgência, ou a própria avaliação do doente e da informação por ele fornecida quando possível. A identificação positiva do doente é já descrita como fundamental na garantia da segurança do doente, sendo parte integrante da cultura de segurança das unidades de saúde como é incentivado e legislado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Esta intervenção torna-se uma ferramenta útil na diminuição da probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes (DR, Despacho n.º 1400-A/2015).

Os doentes que aqui são admitidos podem ter como proveniência qualquer uma das outras valências do SUG, sendo as mais frequentes a sala de triagem por ativação das vias verdes: Acidente Vascular Cerebral, Dor Torácica e Sépsis. Outras situações foram edemas agudos do pulmão, reações anafiláticas, insuficiências respiratórias por agudização de DPOC e intoxicações voluntárias de medicação. Nestas duas valências do SUG permanecem doentes com vários níveis de instabilidade hemodinâmica, que precisam ou podem vir a precisar de intervenções invasivas com maior necessidade de vigilância. Posto isto, apresento de seguida algumas situações vivenciadas por mim no contexto da prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família. Começando pela sala de reanimação, prestei cuidados ao Sr. Manuel (nome fictício) de 85 anos de idade, trazido pelos bombeiros por quadro de dispneia. O Sr. Manuel tinha como antecedentes pessoais conhecidos DPOC e AVC's prévios com sequelas motoras, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. À entrada na sala de reanimação, apresentava-se com estridor, taquipneico com uso dos músculos acessórios da respiração.

Utilizando uma abordagem ABCDE, tinha uma via aérea não permeável pela presença de laringoespasma e ventilação espontânea ineficaz (AB), tendo colocado de imediato oxigenoterapia a 100% com melhoria das saturações periféricas de oxigénio para 95%. Seguindo-se na avaliação ABCDE, verifiquei ausência de hemorragias e manutenção da circulação (C), pelo que puncionei dois acessos venosos periféricos e realizei colheita de sangue simultaneamente tendo nesta altura sido administrada terapêutica dirigida com duzentos miligramas de hidrocortisona e dois miligramas de morfina e iniciou fluidoerapia. Sem alterações do estado de consciência (D) e lesões cutâneas ou outro tipo de alterações, com manutenção da temperatura corporal (E). Após breves instantes, o doente, além de não ter revertido o quadro de taquipneia, iniciou um quadro de dessaturação periférica de oxigénio novamente, e iniciou alteração do estado de consciência, pelo que foi necessário permeabilizar a via aérea com EOT. Enquanto que o enfermeiro orientador preparou o material necessário, o médico equipou-se para o procedimento e eu assumi a permeabilização da VA e ventilação do doente através do ressuscitador manual. Preparado o médico para a EOT, o mesmo assumiu o procedimento enquanto eu assumi a administração de terapêutica de sedação.

O procedimento decorreu sem intercorrências, tendo o doente sido conectado a prótese ventilatória para assegurar a via aérea e ventilação (AB) visto que os restantes elementos estavam assegurados. Esta situação foi também uma oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do desenvolvimento da revisão sistemática da literatura apresentada no capítulo dois deste relatório. Após a EOT, desenvolvi algumas intervenções de enfermagem com vista à prevenção da PAV. Essas intervenções passaram pela prestação dos cuidados de higiene oral com solução de clorexidina, a verificação da pressão do *cuff*, a manutenção da cabeceira elevada a 45° e a aspiração de secreções acumuladas na cavidade oral. Além da prestação destes cuidados desenvolvidos por mim, achei pertinente também discutir e partilhar com a equipa a importância da prestação de cuidados preventivos da PAV desde um estadio muito inicial como é propriamente a permeabilização da VA com EOT, isto porque, os SUG tem apenas disponível em formato de papel as *guidelines* para a prevenção da PAV, não tendo uma *bundle* implementada para os cuidados na prevenção da PAV. Enquanto que as *guidelines* são um manual de referência abrangente das intervenções disponíveis, as *bundles* consideram-se “*um pequeno conjunto e simples de práticas baseadas em evidência que, quando executadas colectivamente melhoram os resultados dos doentes*” (Silva, Nascimento, & Salles, 2012, p. 838), não sendo necessário todas as estratégias disponíveis estarem inclusas na *bundle*. A implementação de uma *bundle* visa que os elementos nela incluídos sejam executados como uma estratégia única, potenciando o benefício para o doente (Silva, Nascimento, & Salles, 2012).

Esta vivência ilustra também a importância da observação do doente pela dinâmica do algoritmo ABCDE, tendo sido uma prática recorrente na minha intervenção em situações de urgência e emergência. A avaliação inicial do doente pelo algoritmo ABCDE traz inúmeras vantagens à qualidade de cuidados prestados, pois este algoritmo é uma ferramenta valiosa na avaliação do doente e identificação de condições críticas que possam pôr em causa a vida. Através desta abordagem sistemática, o enfermeiro tem uma maior segurança na abordagem ao doente crítico, tornando a sua abordagem mais estruturada e universal para que todos os profissionais de saúde possam atuar em conjunto para a resolução de problemas geradores de danos para o doente (Clarke, 2014).

Assim, e através desta experiência, considero ter **zelado pelos cuidados prestados na minha área de especialização, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da minha área de especialização.** Pela interação entre equipa que foi notória nesta situação, considero também terem estado presentes competências como o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e a demonstração de capacidade de trabalho, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

O trabalho em equipa foi também o importante elemento do sucesso dos cuidados prestados, visto que os cuidados de enfermagem visam uma complexidade e vulnerabilidade da pessoa cuidada, o que constitui um desafio à prestação de cuidados e à coordenação do trabalho dos elementos das equipas, de forma a potenciar os resultados pretendidos (Nunes & Muniza, 2016). Assim, o facto de ter assumido um papel de maior liderança na permeabilização da VA, recorrendo aos restantes elementos da equipe presente no desenvolvimento de intervenções em simultâneo para uma rápida assistência ao doente revelou-se fulcral no atingimento do objetivo definido, a permeabilização segura da VA, tendo sido também revelador de uma **metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.** Desta forma, tem-se que um líder deve ser um elemento orientador, motivador, conhecedor das necessidades da pessoa assistida e dos próprios elementos da equipe e capaz de tomar decisões fundamentadas com vista aos resultados pretendidos. O líder deve ser dotado de capacidades de comunicação para reconhecer necessidades, gerindo-as em função do que a equipa precisa para prestar cuidados em segurança e de forma a atingir as metas pretendidas. Este processo de liderança pode ser entendido como *“um processo de influência grupal que envolve a capacidade de incentivar e apoiar a equipa a atingir metas”* (Nunes & Muniza, 2016, p. 4).

Desta experiência quero ainda realçar a preocupação e incerteza que os doentes e os familiares vivem nestes contextos emergentes, no momento em que vêm um familiar entrar para uma sala que se preconiza como cuidados emergentes e não saber o que se passa durante tempos que podem ser indeterminados face às complexidades das situações em questão. A incerteza é definida por Mishel (2003) como a incapacidade de compreender eventos relacionados com a doença, em que o indivíduo não é capaz de atribuir valor ao evento que experienciou ou de prever

com precisão os resultados que dele possam surgir. Estes elementos frequentemente constituem um fator de stress para o indivíduo e para a sua família, especialmente na fase do diagnóstico, face às várias possibilidades que dele podem surgir.

No SUG, este é um elemento de elevada preocupação e consideração nos profissionais de saúde. A propósito, tive a oportunidade de observar a articulação que existe entre equipe médica e de enfermagem para que a incerteza ansiedade da família possa ser minimizada. Após os cuidados emergentes e doentes estabilizados é permitida à família uma breve visita ao doente, ainda dentro da sala de reanimação, para que possam ser feitas desmistificações e colmatadas algumas incertezas. Isto está documentado na literatura: conforme referido por Mishel (2003), providenciar informação adequada e educar o doente e a sua família são intervenções que atenuam a incerteza, e é por meio do estabelecimento de uma relação de ajuda, em que o enfermeiro tem um papel fulcral, que é conseguido o desenvolvimento de estratégias de coping para lidar e desfragmentar a incerteza causada.

Relativamente ao objetivo a que me propus, demonstrei deste modo a globalidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, e que foram sendo, simultaneamente, completados pela pesquisa bibliográfica no contexto de urgência, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos no âmbito da especialização.**

O segundo objetivo específico que defini foi: **Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com via aérea não permeável no contexto de doente urgente e emergente.**

Na prestação de cuidados de enfermagem verifica-se uma permanente mutação e atualização dos conhecimentos. Para que possamos prestar cuidados de enfermagem baseados na evidencia mais atualizada, o enfermeiro tem de se responsabilizar pelo seu processo formativo, sendo enfermeiro autónomo nesta procura contínua de conhecimento atualizado, de forma a: conseguir adaptar-se às novas exigências de cuidados de enfermagem que estão continuamente a surgir; adquirir autonomia na sua profissão; e chegar à qualidade de cuidados que se ambiciona enquanto classe autónoma e autorregulada.

Neste sentido, e compreendendo o contexto do SUG, em que existe um elevado número de elementos da equipa de enfermagem com experiência profissional neste local de trabalho inferior a um ano, tornou-se visível a necessidade de formação na área da permeabilização e abordagem a via aérea, sendo este um dos primeiros passos na abordagem de um doente urgente ou emergente. Benner (2001) descreve um modelo para a aquisição de competências, baseado em cinco estágios, que vão de iniciado a perito (Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito), no qual defende que o conhecimento é prático, isto é, que se adquire progressivamente com o tempo, sendo necessário estabelecer estratégias que construam e aperfeiçoem continuamente o saber fazer adquirindo assim as competências.

Como estratégia de aquisição de competências surge assim a formação que se emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, para existir aprendizagem pela experiência, é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores, ou seja, que os próprios enfermeiros se proponham à formação em serviço e partilhem conhecimento entre pares (OE, 2012). Os enfermeiros devem assim conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o processo da enfermagem em particular, e da saúde em geral (OE, 2010).

Com o intuito de **participar e promover a investigação e a formação em serviço na minha área de especialização**, este objetivo surge como resposta à **necessidade formativa identificada na minha área de especialização** no SUG. Neste sentido, foi elaborado um plano de formação acerca da temática identificada (Apendice I) de modo a estruturar de forma organizada e correcta a ação de formação em função do conteúdo pretendido, objetivos a atingir, metodologia, recursos humanos e materiais necessários, duração das sessões, datas das formações e respectivas horas e por fim qual o instrumento de avaliação da sessão. A referir que a sessão de formação tinha uma metodologia teórico-prática, pelo que contei com a colaboração da enfermeira orientadora, do chefe do SUG e de um enfermeiro perito na área de emergência hospitalar e pré-hospitalar, que forneceram dois manequins, assim como vários dispositivos médicos de permeabilização da VA. Assim foi possível executar bancas práticas, com

oportunidade de todos os enfermeiros executarem as diversas técnicas de permeabilização de VA com casos práticos hipotéticos elaborados por mim.

A formação em serviço desenvolvida por mim correspondeu então à Abordagem Inicial da VA com os vários adjuvantes da VA e técnicas de permeabilização da VA e técnicas de ventilação (Apêndice II).

A formação foi realizada em duas sessões, no mesmo dia, de forma a abranger um maior número de enfermeiros. Após cada sessão foi aplicado o instrumento de avaliação vigente na instituição (Apêndice III), de forma a avaliar o feedback dos formandos, sendo que os resultados são apresentados no apêndice IV.

De uma forma geral, houve uma excelente adesão à sessão formativa realizada, tendo uma participação de 35 elementos da equipa do SUG. Pelo feedback obtido, os participantes consideraram a sessão como uma resposta efetiva as necessidades de formação que sentiam. Consideraram ainda as bancas práticas realizadas como uma mais valia à complementação dos cuidados que prestam diariamente, sendo uma oportunidade de complementação de conhecimentos e aplicação dos mesmos em situações hipotéticas que em muito se assemelharam a situações da prática do seu quotidiano. Desta forma, a sessão teve um feedback muito positivo perante os participantes que salientaram a sua aplicabilidade à prática e sua utilidade na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem

Esta sessão, para além dos objetivos da formação em si, teve também como objetivo o desenvolvimento pessoal de competências na área da formação, **promovendo-se assim o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros** do SUG.

2.2. MÓDULO OPCIONAL – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O segundo módulo de estágio foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), traduzindo-se este por ser um organismo do Ministério da Saúde, responsável por coordenar o funcionamento de um Sistema Integrado de

Emergência Médica no território continental, para a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

O INEM tem como missão garantir a prestação de cuidados de emergência médica sendo que as suas principais tarefas são a prestação de cuidados de emergência no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado às necessidades da vítima e a articulação dos vários meios necessários à ocorrência (INEM, 2019).

Neste âmbito, a intervenção dos vários componentes do SNS, aliadas a um conjunto de ações coordenadas entre a fase pré-hospitalar, hospitalar e intra-hospitalar, determinam o sucesso e a eficácia na gestão de meios em situações de emergência e conseqüentemente ganhos em saúde para quem necessita destes cuidados emergentes (INEM , 2017).

Para corresponder à sua missão o INEM tem ao dispor da população Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) tripuladas por médico e enfermeiro com elevadas competências e formação específica em emergência médica, tem também ao dispor da população ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), estas tripuladas por enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) também eles dotados de formação específica na área da emergência médica. Estas duas valências do INEM atuam sobre dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) sendo que ambas têm como principal objetivo a assistência e estabilização pré-hospitalar e o transporte do doente em situação crítica até ao hospital em condições de segurança (INEM , 2017).

Foi nestas três valências do INEM que incidi o meu estágio compreendido entre 16 de Outubro e 20 de Novembro de 2018, num total de cem horas de estágio. Estive presente num turno de CODU (8 horas), quatro na VMER (32 horas) e dez turnos na ambulância SIV (60 horas), tendo definido o seguinte objetivo geral: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa doente e sua família em situação crítica, em contexto de emergência pré-hospitalar**

Delineei como objetivo específico para a conclusão deste estágio: **Desenvolver competências especializadas no cuidado emergente da pessoa doente em situação crítica em ambiente não controlado integrando a Equipa da Viatura**

Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e a ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

O Sistema começa quando alguém liga 112, o Número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas cabe à PSP e à GNR, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM existentes no Porto, Coimbra, Lisboa e Faro e é a partir deste momento que pode ser acionado um meio de socorro para o local (INEM , 2019).

Tem-se, à luz do conhecimento atual, que a cadeia de sobrevivência de uma vítima é potenciada por um encadeamento de atitudes que são tomadas durante o socorro, nomeadamente o acesso precoce ao Sistema Integrado de Emergência Médica – 112; o início precoce de Suporte Básico de Vida (SBV); desfibrilhação precoce e Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce pelo que começando pelo primeiro passo da cadeia de sobrevivência tornou-se evidente que teria de permanecer um turno no CODU com vista a compreender melhor o processo de acionamento dos meios de socorro.

O turno que realizei no CODU estive acompanhada por um TEPH com cerca de quinze anos de experiência na área, tendo sido notória a relevância da sua experiência na área, pois a triagem é feita por meio de algoritmos rígidos que delineiam o meio que seja necessário acionar. No entanto, sendo o pedido de ajuda normalmente um período de maior stress para a pessoa que o pede as informações podem não ser tao claras quanto o desejado levando a menos corretos acionamentos de meios. Assim, a experiência do TEPH revelou-se não só importante na sensibilidade de perceber o real contexto de emergência através de uma chamada com também no encadear de perguntas objetivas com vista à obtenção de informações pertinentes e claras para o acionamento do meio de socorro mais adequado. Este facto é já corroborado por Duro e Lima (2010), que defende que a complexidade do processo de tomada de decisão na triagem de situações urgentes ou emergentes dependem de vários fatores: um dos fatores está relacionado com a experiência do profissional e sua capacidade, o ambiente em que ocorre a triagem, a carga de trabalho e as condições físicas existentes. Este turno permitiu-me então **refletir sobre a prática de uma forma crítica.**

Seguidamente, ingressei na equipa de SIV, onde fiz um total de dez turnos, tendo sido orientada por diferentes enfermeiros o que considero ter sido uma mais valia no que confere ao enriquecimento de experiências vividas na aquisição de competências. A ambulância de SIV é, como já acima referido, tripulada por um enfermeiro e um TEPH, sendo que a ambulância esta equipada com todos os dispositivos médicos necessários na assistência de um doente em situação crítica num ambiente extra-hospitalar e não controlado. O facto de ser um ambiente imprevisível, pois muitas das vezes a informação sobre a ocorrência não era a mais clara, e especialmente não sendo um ambiente controlado foi o mais difícil para mim pois a minha própria ansiedade aumentou tendo sido necessário desenvolver algumas estratégias de *coping* para ultrapassar as dificuldades sentidas. Estas estratégias passaram por ter presente um conhecimento atualizado sobre os algoritmos de suporte avançado de vida e o facto de também me ter debruçado na leitura dos protocolos definidos pelo INEM para a atuação da SIV. Estes protocolos pretendem fornecer aos enfermeiros uma linha de orientação à sua intervenção nas situações emergentes conforme a avaliação que fazem do indivíduo alvo de cuidados.

A aplicação de protocolos neste contexto, traduz-se como uma ferramenta útil ao enfermeiro no apoio à sua tomada de decisão tendo como principal objetivo a correção de não conformidades com a evidencia científica, suportando assim um cuidado com maior segurança para o profissional que se traduz em ganhos não só para os profissionais como para os doentes. (Bernardes , Brito, Moura, & Zanetti, 2018). Apesar disto, ressalva-se a importância do conhecimento do enfermeiro que atua perante uma situação emergente, visto que a prática baseada na evidência atua como um elemento de ligação entre o que está protocolado e a prática em si. Considera-se então que o enfermeiro pode garantir a melhoria da qualidade de cuidados, quando exerce a sua intervenção individualizada, alicerçado em conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência, sendo que dará maior visibilidade à Enfermagem através da sua prestação de cuidados (Bernardes , Brito, Moura, & Zanetti, 2018).

No início, com a leitura destes protocolos considerei que haveria pouca margem para uma abordagem, avaliação e intervenção individualizada junto da pessoa em

situação crítica, no entanto, após experienciar algumas das situações conclui que os protocolos existem apenas como uma linha de orientação pois a avaliação *in loco* do enfermeiro presente e a sua intervenção sobrepõe-se aos que os protocolos definem. Para que isto aconteça, considero é que o enfermeiro tem de ter um conhecimento baseado na evidência procurando uma avaliação objetiva, assim como uma comunicação eficaz com o médico do CODU no sentido que este último não está presente no local da ocorrência e quanto mais coerente e competente o enfermeiro for, maior será a segurança e confiança produzida no médico para a atuação do enfermeiro.

Em representação do que acima refiro, apresento um caso que vivenciei neste contexto: uma chamada ocorrida num lar sobre o Sr. Francisco (nome fictício), de cerca de 75 anos de idade, com um quadro dispneia e hipertensão arterial. À chegada ao local consegui apenas perceber que a pessoa tinha de antecedentes pessoas uma hipertensão arterial, fibrilhação auricular permanente, diabetes *mellitus* tipo II e um internamento recente por um quadro de infeção respiratória.

Assim, à chegada da equipa na qual me integrei, o doente encontrava-se acompanhado da enfermeira da instituição. A primeira abordagem realizada, tendo por base uma avaliação ABCDE, pôde-se constatar que o doente se encontrava em respiração espontânea com a via aérea permeável (A); apresentava saturações periféricas de oxigénio na ordem dos 90% sem aporte adicional de oxigénio, taquipneico com vinte e cinco ciclos respiratórios por minuto e à auscultação na apresentava ruídos respiratórios adventícios em qualquer campo pulmonar (B), pelo que foi colocado oxigenoterapia a dois litros por minuto para otimização das saturações periféricas acima dos noventa e cinco por cento. Seguidamente, doente com circulação espontânea mantida, hipertenso (220/110mmHg), frequências cardíacas na ordem dos cento e trinta batimentos por minuto em ritmo de fibrilhação auricular já conhecida e edemas com godet +++ até à raiz da coxa em ambos os membros inferiores (C); doente sem alterações neurológicas (D); e com uma temperatura timpânica de 37°C (E) no entanto apresentava tremores generalizados, tendo as extremidades frias e suadas sugestivas de calafrio e respetiva subida térmica.

Com base nesta minha avaliação, e segundo os protocolos definidos para a situação, protocolo da hipertensão e dispneia, as atitudes a tomar seria administrar terapêutica dirigida a ambas as necessidades com a instituição de oxigenoterapia e administração do antihipertensor, captopril vinte e cinco mg, e transporte ao hospital de referência. No entanto, através da minha avaliação do doente e da minha experiência profissional, percebi que esta terapêutica não significaria uma intervenção individualizada às necessidades do doente pois, o contexto do calafrio e subida térmica era o que despoltava o quadro de hipertensão e dispneia, culminando, caso a abordagem não fosse dirigida, em edema agudo do pulmão rapidamente. Discuti esta minha avaliação com o enfermeiro que me acompanhava, estando este de acordo comigo, pelo que contactamos o médico do CODU com vista à discussão do caso e qual a melhor abordagem a seguir. Posto isto, e dada a minha avaliação da situação ao médico, a abordagem realizada foi a administração de paracetamol um grama endovenoso, três mg de dinitrato isossorbido e dois mg de morfina. Após esta terapêutica instituída, verificou-se uma melhoria significativa do doente, tendo o mesmo ficado taquipneico com cerca de vinte ciclos respiratórios, mas sem uso da musculatura acessória da respiração, melhorou as saturações periféricas de oxigénio e cessou os tremores generalizados que anteriormente apresentava. Apesar disto, manteve-se hipertenso, pelo que, após discussão com o médico do CODU, foi iniciada perfusão de dinitrato isossorbido a quatro mg por hora e transportado o doente ao hospital de referência em condições de segurança.

Nesta linha de pensamento, temos que os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, que se caracteriza pela pessoa que tem ameaçada alguma função vital ou a eminência de falência de alguma função vital, são cuidados que se caracterizam por uma avaliação diagnóstica rigorosa e a sua monitorização constante com vista a detetar complicações e intervir nas mesmas de forma precoce e atempada. O transporte pré-hospitalar do doente crítico é também um momento que não está isento de riscos e deve ser ponderado o seu risco/benefício, no entanto, a sua realização justifica-se pela necessidade de proporcionar um nível assistencial superior ao doente, significando assim benefício para o mesmo. É neste sentido, que se realça a importância da presença do enfermeiro no transporte pré-hospitalar, profissional detentor de conhecimentos técnico-científicos, humanos

e relacionais, importantes na garantia e promoção da segurança do doente durante o transporte (MCEEMC, Parecer Nº 9/2017).

Nesta situação, durante o transporte ao hospital, já garantidas as condições de segurança, a minha intervenção junto do doente baseou-se então na monitorização e reavaliação constante do doente para a deteção precoce de complicações em que pudesse intervir. Utilizando uma abordagem ABCDE, importa ainda salientar que já após a instituição da terapêutica antipirética, durante o transporte hospitalar o doente apresentou pico febril de 38,5°C congruente assim com a minha avaliação inicial do doente que a hipertensão e a taquicardia estaria a ser despoletada por um contexto de subida térmica com pico febril associado.

O transporte ao hospital decorreu sem a deteção de novos sinais de agravamento, pelo contrário, com melhoria tensional e das queixas iniciais do doente, chegados ao hospital o doente suspendeu a perfusão de dinitrato por já se encontrar normotenso, tendo, a minha abordagem ao doente, resultado em ganhos em saúde para o doente com a prevenção de danos maiores.

Com esta situação, **tomando iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização**, pude desenvolver uma intervenção individualizada ao doente, num contexto que muitas vezes é delineado por orientações pré-existentes que não refletem a real importância da presença e avaliação de um enfermeiro competente junto do doente. A avaliação deste, não se trata de seguir um protocolo de intervenção, mas sim de **refletir na prática, e sobre a prática de forma crítica** de forma a obter o melhor resultado para o doente.

Para que esta intervenção seja potenciada com a administração da terapêutica mais indicada, é também necessário, **produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei**, junto do médico do CODU, pois a prescrição da terapêutica é uma intervenção de enfermagem interdependente que necessita da indicação, mesmo que telefónica, do médico. Certo é, que o médico não está presente no local, pelo que a minha fundamentação da situação foi essencial para a acreditação do mesmo, e o seu aval da minha intuição terapêutica.

Desta forma, consegui **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Outra situação, ilustrativa da minha aquisição de competências durante a minha permanência na ambulância da SIV foi uma chamada por PCR na via pública em que não havia ninguém a prestar SBV, sendo que a vítima seria um homem de cerca de cinquenta anos. Logo a partida, não tínhamos outras informações sobre a ocorrência, a não ser que eramos o único meio de socorro disponível na altura e que assim que houvesse uma VMER disponível, a mesma se juntaria a nós na prestação dos cuidados emergentes.

A caminho do local, e prevendo que a organização da equipa seria fulcral na assistência à vítima, comecei por sugerir a definição de papéis para a abordagem à vítima. Acordamos assim entre mim, o enfermeiro que acompanhava e o TEPH que eles seriam responsáveis pelo posicionamento da vítima para a nossa abordagem e eu por levar todo o material necessário com a respetiva disposição do material junto da vítima: monitor, oxigénio e malas com os dispositivos médicos.

Assim, fiquei responsável pela punção de acesso venoso e administração de terapêutica, o enfermeiro pela permeabilização da VA e o TEPH pelas compressões cardíacas. Chegados ao local e posicionada a vítima, cada um de nós assumiu a função pela qual estava responsável para o rápido início de suporte avançado de vida, visto que esta atitude é preconizada pelo INEM (2019) como elemento vital na cadeia de sobrevivência, permitindo conseguir uma ventilação mais eficaz através da permeabilização da VA e uma circulação mais eficaz através das compressões cardíacas e administração de fármacos. Permeabilizada VA e punção de acesso com administração da terapêutica indicada, ao terceiro ciclo de SAV a vítima apresentou um traçado cardíaco compatível com fibrilhação ventricular, tendo sido, de imediato administrado um choque. Após isto, a vítima voltou ao ritmo inicial de PCR, assistolia, pelo que se deu continuidade ao suporte avançado de vida.

Importa realçar que era desconhecido o tempo de PCR prévio à nossa chegada e que o ritmo inicial de PCR foi a assistolia pelo que conforme já descrito por Moraes, Carvalho e Correa (2014), que este ritmo é preditivo de piores taxas de

sobrevivência. Ao sétimo ciclo de SAV, juntou-se a nós a equipa da VMER acionada para o local, tendo o médico avaliado o doente, que apresentava já midriase fixa, com ausência de reflexos córneos. O óbito da vítima foi declarado pouco tempo depois com a concordância de todos os elementos envolvidos nos cuidados prestados, tendo-se cessado todos os esforços de SAV para restabelecimento da vida. Esta situação deu-me oportunidade de demonstrar competências na **liderança de equipas de prestação de cuidados especializadas na minha área de especialização, zelando também pelos cuidados prestados na minha área de especialização.**

A reter que esta foi uma experiência vivida na via pública, pelo que com o avançar da prestação de cuidados emergentes, muitos populares se juntaram em redor da vítima. Atendendo ao facto de que os meios na fase pré-hospitalar são muitas vezes insuficientes, foi necessário recorrer, até que os elementos da polícia de segurança pública chegassem ao local, a uma pessoa interessada em ajudar, para que esta segurasse o soro que eu necessitava para a administração da terapêutica necessária. Isto reflete também uma competência adquirida na **otimização do ambiente e processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos médicos/cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.**

Este estágio, na VMER, encerra o aperfeiçoamento de competências que tenho vindo a adquirir ao longo do meu percurso profissional e académico, este último descrito ao longo do presente relatório.

3. CONCLUSÃO

O presente relatório ilustra um percurso árduo de desenvolvimento de competências, por meio da concretização de objetivos individuais e da procura estratégias que culmina num cuidado de excelência focado no corpo de conhecimentos científico, técnico e humano que é próprio da enfermagem.

A aquisição do título de enfermeiro especialista é espelhada neste relatório em diversos momentos, neles incluídos, os diversos contextos por onde passei e de alguma forma deixei a minha marca, e também deixa em mim uma marca de todo o investimento realizado nesses mesmos locais. Ficou aqui comprovado, através de uma extensa análise crítica e reflexiva das atividades realizadas, de situações complexas vivenciadas e/ou onde surgiram dilemas éticos e deontológicos, a possibilidade de ser capaz de lhes adequar a resposta mais adequada enquanto enfermeira especialista.

Ganhos não só em contextos novos, como também no local onde exerço funções enquanto enfermeira pois, a pude aprofundar *skills* de liderança, transpor para a prática aptidões de supervisão clínica, bem como a integração de novos enfermeiros no meu serviço. Enquanto especialista tenho a responsabilidade acrescida de desenvolvimento pessoal e profissional individual e coletivo. Crescer e melhorarmo-nos é aperfeiçoarmo-nos, é saber reconhecer limitações e procurar soluções como, aprofundar conhecimentos, aplicar métodos de análise em situações de grande complexidade, desenvolver estratégias e conscientemente assumir a tomada de decisão. Em suma, é ser-se responsável pelo próprio projeto de evolução pessoal e profissional.

É satisfatório rever este percurso e assimilar que determinadas intervenções geram mudanças de comportamento, o que nesta área pode ser sinonimo de ganhos em saúde. As atividades aqui descritas, conduziram à diminuição do risco e à conseqüente maior segurança dos cuidados prestados doentes abrangidos nos

contextos de prática clínica já descritos, visto que as atividades desenvolvidas preconizaram a formação dos profissionais à luz das necessidades sentidas pelos mesmos, indo ao encontro da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Tive oportunidade de prestar cuidados urgentes e emergentes em dois contextos muito distintos, um dentro de uma instituição que pressupõe um ambiente seguro ao enfermeiro, e por outro lado, em contexto de rua, onde a imprevisibilidade impera. A autonomia do enfermeiro nestas situações está amplamente estudada e comprovada. A vivência pessoal deste tipo de risco faz-me valorizar, todos os dias, a minha profissão que procura incessantemente responder às necessidades individuais da população.

Ter a enfermagem como promotora de um processo de transição saudável é considerar a enfermagem capaz de prestar cuidados seguros e de qualidade, que visam os cuidados de excelência. A enfermagem tem como principal foco o cuidado à Pessoa, esta que vive interagindo no seu meio ambiente e que sofre transições, vivendo múltiplas experiências de saúde. É da responsabilidade do enfermeiro especialista, estar dotado dos conhecimentos necessários para se assumir como elemento facilitador deste processo de transição, visando o potencial da pessoa e da sua família.

No decorrer deste projeto individual, constituiu de igual modo um desafio a investigação delineada que, em conjunto com o fio condutor da teoria de enfermagem supracitada, originou todo o trabalho aqui representado bem como, a aprovação para publicação de resumo em revista científica indexada.

Julgo ter sido uma jornada com um princípio atribulado, com algumas adversidades inesperadas, em certos momentos com alguma dúvida se seria capaz de concluir o processo; penso que foi uma prova de resiliência que o ser humano pode desenvolver e sinto-me grata de o ter concretizado.

Assim, e a título de conclusão, considero ser importante refletir que, a implementação da mudança e o espírito crítico numa área onde a evolução tecnológica anda lado a lado com as mudanças da sociedade é um desafio para a vida, não esquecendo nunca, de não permitir que os obstáculos tornem o percurso inatingível.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasinia , M., Bahrami, N. et al. (2016). The effect of a desing respiratory Care Programo n the incidence of Ventilator-Associated Pneumonia: A Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences* , 5(2), 161-167.
- Alcan , A., Korkmaz, F., & Uyar, M. (2016). Prevention os ventilator-associated pneumonia: Use of the care bundle approach. *American Journal os Infection Control*, 44, e173 - e176.
- Almeida, W., Machado, N., Rodrigues, A., Alves, I., Fontana, R., Monteiro, R., & Soares, N. (2018). Infecção hospitalar: controle e disseminação nas mãos dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(2), 1-7.
- Anderson , A., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in critical*, 11, 136-154.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2012). Um Degrau no Percurso da História. *Revista Cuidados Paliativos* , 1(1), 5.
- Atashi, V., & et al. (2018). Effect of Oral Care Program on Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Unit Patients: A Randomized Controlled Trial. *Iranial Journal of Nursing and Midwifery Research*, 486-490.
- Base Dados Portugal Contemporâneo . (Abril de 2019). *PORDATA*. Obtido de <https://www.pordata.pt/Home>
- Batra , P., Mathur, M., Misra, C., Kumari, M., Katoch, O., & Hasan, F. (2018). Ventilator Associated Pneumonia in Adult Patients Preventive Measures: A Review of the Recent Advances. *Journal of Infectiology*, 1(3), 8-12.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Vols. ISBN: 972-8535-97-X.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardes, C., Brito, C., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *REvista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 138-146.
- Brandão, M., Martins, J., Peixoto, M., Lopes, R., & Primo, C. (2017). Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-8.
- Carvalho, P. (2006). Pneumonia associada à ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 10-12.
- Chacko, R., Rajan, A., & et al. (2017). Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia. *British Journal of Nursing*, 26(11), 594-599.
- Clarke, C. (2014). Promoting the 6Cs of Nursing in Patient Assessment. *Nursing Standard*, 28(44), 52-59.
- D'Arco, C., Ferrari, C., Carvalho, L., Priel, M., & Pereira, L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O Mundo da Saúde*, 40(3), 382-389.
- Diário da República. Despacho n.º 1057/2015 N.º 22 de 22 de Fevereiro de 2015. p. 3039.
- Diário da República. Despacho n.º 1400-A de 10 de Fevereiro de 2015. *Plano Nacional para a Segurança dos doentes*, pp. 3882 - 3890.
- Diário da República. Despacho do Ministério da Saúde N.º 727/2007 de 15 de Janeiro de 2017.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Duro, C., & Lima, M. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise de literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(3), 1-6.

- Eom, J., Lee, M.-S., & Chun, H.-K. (2014). The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: A multicenter study. *American Journal of Infection Control*, 42, 34-37.
- Félix, Z., Costa, S., Alves, A., Andrade, C., & Duarte, M. (2013). Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia: Revisão Integrativa da Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2733-2746.
- Ferenhof, H., & Fernandes, R. (2016). Desmistificando a revisão de literatura como base para a redação científica: método SSF. *Revista ACB*, 21(3), 550-553.
- Frost, S., & et al. (2018). Evidence for effectiveness of chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a trial sequential meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 1-10.
- Instituto Nacional de Emergência Médica . (2017). *Relatório Anual - Integração VMER & SIV*. Lisboa .
- Instituto Nacional de Emergência Médica . (Abril de 2019). *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Obtido de <https://www.inem.pt>
- Jucá, P., Lourenço, L., Kesley, R., Mello, E., Oliveira, I., & Correa, J. (2012). Comparação da sobrevivência e dos fatores prognósticos em pacientes com adenocarcinoma gástrico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39(5), 377-384. Obtido de <http://www.scielo.br/rcbc>
- Kahraman, B., & Ozdemir, L. (2015). The impact of abdominal massage administered to intubate and enterally fed patients on the development of ventilator-associated pneumonia: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 519-524.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. 19, pp. 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and Practice: 40 Years. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 341-348.

- Li, L., Wang, Q., & et al. (2018). Development, validation and application of a ventilator-associated pneumonia checklist in a single cardiac surgery centre. *Intensive & Critical Care Nursing*, 49, 58-64.
- Liao, Y.-M., Tsai, J.-R., & Chou, F.-H. (2014). The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia. *British Association of Critical Care Nurses*, 20(2), 89-97.
- Lima, C. (2006). Medicina High Tech, Obstinação terapêutica e distanásia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13(2), 79-82.
- Lopes, L., & Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 181-189.
- Marinho, L. (2013). *A Gestão da Dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros*. Instituto Politécnico Viana do Castelo, Relatório de Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Martins, I. (2013). *A operacionalização dos princípios da bioética no principialismo de Bauechamp e Childress*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Medeiros, A., Enders, B., & Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 518-524.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Rdefinition of the Nursing Mission. Em A. Meleis, *Transitions theory: middle – range and situation specific theories in nursing research and practice* (ISBN: 978-0-8261-0535-6 ed., pp. 65-71). New York: Springer Publishing Company.
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). PARECER N.º 09 / 2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*, (pp. 1 - 3).
- Mesquita, A., & Carvalho, E. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1127-1136.

- Mishel, M. (2003). *Theories of Uncertainty in Illness* (2ª Edição ed., Vols. ISBN 0-8261-1915-8. Pt.2.). New York: Springer Publishing Company.
- Morais, D., Carvalho, D., & Correa, A. (2014). Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 22(4), 562-568.
- Nunes, E., & Muniza, E. (2016). Nursing in the mirror: unveiling transpersonal leadership in team care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1-9.
- OMS. (2001). *Community participation in local health and sustainable development - Approches and techniques*. European sustainable development and health series: 4.
- Ordem dos Enfermeiros . (Janeiro de 2010). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, Processos e Instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Lisboa. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/>
- Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Parisi, M. et al. (2016). Use of Ventilator Bundle and Staff Education to Decrease Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Patients. *Critical CARE Nurse*, e1 - e7.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures : Lusociência .
- Sadasivan, P., George, L., & Krishnakumar, K. (2018). Ventilator Associated Pneumonia - Diagnosis and Prevention Strategies in Critically ill patients; A Review. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 7(11), 439-449.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, D. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (3), 15 - 23.

- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Silva, S., Nascimento, E., & Salles, R. (2012). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção colectiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), 837-844.
- Silva, E. (2018). O Sucesso da Comunicação no Exercício da Enfermagem Baseado na Evidência. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(7), 48-58.
- Speck, K., Rawat, N., & et al. (2016). A systematic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *American Journal of Infection Control*, 44, 652-656.
- Su, K.-C., Kou, Y., & et al. (2017). A simplified prevention bundle with dual hand hygiene audit reduces early-onset ventilator-associated pneumonia in cardiovascular surgery units: An interrupted time-series analysis. *PLoS ONE*, 12(8).
- Vilelas, J., & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120-127.
- Wen, Z., Zhang, H., & et al. (2017). Continuous Versus Intermittent Subglottic Secretion Drainage to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: A Systematic Review. *Critical Care Nurse*, 37(5), e10-e17.
- Yazici, G., & Bulut, H. (2018). Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: a quasi-experimental pretest-posttest design study. *Applied Nursing Research*, 39, 4-10.
- Yeganeh, M., Yekta, H., Farmanbar, R., Khalili, M., Khaleghdoost, T., & Roushan, Z. (2016). Knowledge of evidence-based guidelines in ventilator-associated pneumonia prevention. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 16 - 21.

5. APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE FORMAÇÃO - “ABORDAGEM INICIAL DA VIA
AÉREA”

Plano de Formação

Abordagem Inicial da Via Aérea

Data: 11/12/2018

Tempo previsto: 1 hora

Formadores:

- ✓ Enfermeira Inês Ricardo (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Médico-Cirúrgica)

Local: Sala de preletores

Objetivos Geral:

- Demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilização e manutenção da via aérea
- Desenvolver competências na abordagem da VA e na utilização de dispositivos médicos de VA em manequins

Objetivos Específicos:

- Definir conceitos de ventilação espontânea comprometida, permeabilização e manutenção da via aérea (VA)
- Identificar e demonstrar as diferentes técnicas de permeabilização da VA

- Identificar os diferentes dispositivos de permeabilização e manutenção da VA
- Sensibilizar para a correta utilização dos dispositivos da VA
- Realizar atividades práticas para a abordagem e permeabilização da VA
- Resolver casos clínicos no âmbito da abordagem e permeabilização da VA

População Alvo:

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

Metodologia: Anexo I

Recursos:

- **Humanos** - aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
- **Materiais** – computador portátil, videoprojector, dispositivos médicos de via aérea, manequins

Avaliação: Documento de avaliação vigente na instituição

Etapas	Conteúdo	Método	Duração
Introdução	Acolhimentos dos participantes Apresentação conteúdo, objetivos e metodologia Contextualização da ventilação difícil, permeabilização e manutenção da VA	Expositivo oral com recurso a PowerPoint	10min
Desenvolvimento	Apresentação e demonstração dos dispositivos médicos VA	Expositivo / Demonstrativo	15min
	Utilização dos dispositivos médicos VA nos manequins, pelos formandos - Casos clínicos	Ativo	20 min
Conclusão	Discussão/Esclarecimentos de dúvidas Discussão de casos práticos da experiência profissional de cada um relacionado com a VA; Avaliação da sessão	Expositivo oral/Ativo	15min

APÊNDICE II – POWERPOINT DA FORMAÇÃO “ABORDAGEM INICIAL À VIA
AÉREA”

Abordagem Inicial da Via Aérea(VA)

Curso de Mestrado em
Enfermagem de Natureza
Profissional na Área de
Especialização de Médico-
Cirúrgica



Aluna de especialidade: Inês Soares Ricardo
Orientadora: Prof. Especialista Clara Reisista

Objetivo geral

Demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilização e manutenção da via aérea

Desenvolver competências na abordagem da VA e na utilização de dispositivos médicos de VA em manequins

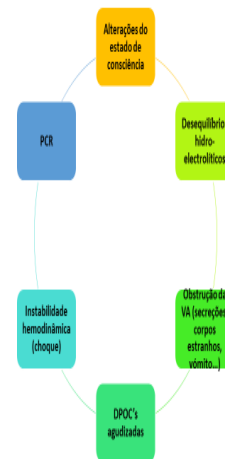
Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

Objetivos específicos

- Definir conceitos de ventilação espontânea comprometida, permeabilização e manutenção da via aérea (VA)
- Identificar e demonstrar as diferentes técnicas de permeabilização da VA
- Identificar os diferentes dispositivos de permeabilização e manutenção da VA
- Sensibilizar para a correta utilização dos dispositivos da VA
- Realizar atividades práticas para a abordagem e permeabilização da VA
- Resolver casos clínicos no âmbito da abordagem e permeabilização da VA

Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

Contextualização da intervenção do Enfermeiro



Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

5



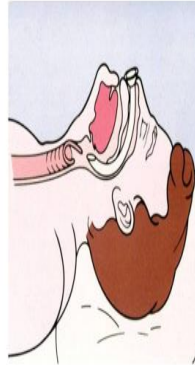
Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

4

Técnicas Básicas Adjuvantes da VA

Tubo nasofaríngeo

Evita a obstrução da VA por relaxamento dos músculos da língua



Indicações: doentes conscientes / lesões maxilo-faciais

Escolha do tamanho do dispositivo: Desde a asa do nariz até ao ângulo da mandíbula

Inserção: perpendicular à face com ligeiro movimento de rotação, lubrificando o tubo

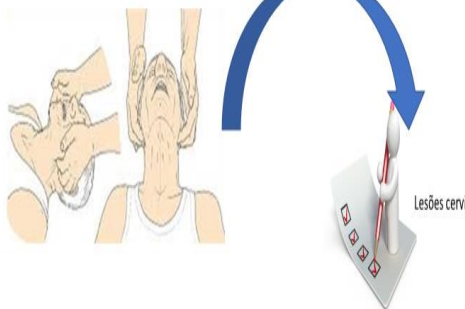
Contraindicações: suspeita de fratura da base do crânio

Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

5

Técnicas Básicas de Permeabilização VA

Protusão da mandíbula

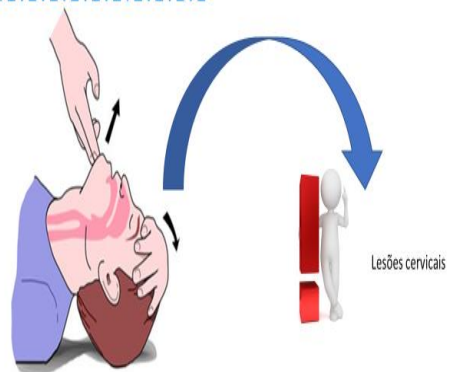


Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

9

Técnicas Básicas de Permeabilização VA

Extensão cervical com elevação do mento



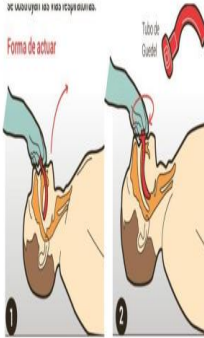
Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

6

Técnicas Básicas Adjuvantes da VA

Tubo orofaríngeo

Evita a obstrução da VA por relaxamento dos músculos da língua



Indicações: doentes inconscientes / ausência do reflexo de proteção da VA

Escolha do tamanho do dispositivo: Desde a comissura labial até ao ângulo da mandíbula

Inserção: **

Complicações: Lesão dos tecidos moles, necrose da base da língua

Contraindicações: Doente consciente, Trauma facial, Coagulopatia

Abordagem Inicial da Via Aérea (IVA)

10

Ventilação com ressuscitador manual

Indicações

- Atividade respiratória está temporariamente ausente
- Pré-oxigenação para EOT
- Assistência ventilatória inicial em RCP

Complicações

- Regurgitação em doente sem jejum prévio
- Lesões dos tecidos moles da face
- Lesões oculares (córnea/retina)



Abordagem Inicial da Via Aérea (IVA)

11

Ventilação com ressuscitador manual

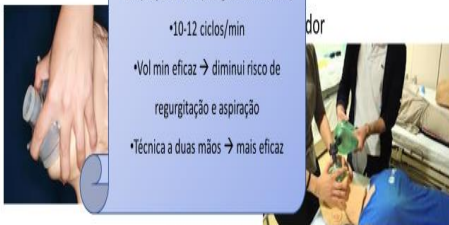
+ Eficaz

Técnica a 1 mão

- 1º e 2º dedos na máscara
- 3º e 4º dedos no sulco
- 5º dedo atrás do ângulo

Insuflação adequada:

- Técnicas básicas de permeabilização da VA
- Técnicas adjuvantes VA
- Adaptação à face (celagem da máscara)
- 10-12 ciclos/min
- Vol min eficaz → diminui risco de regurgitação e aspiração
- Técnica a duas mãos → mais eficaz



Abordagem Inicial da Via Aérea (IVA)

12

Insucesso da ventilação

Sinais de Ineficácia da ventilação

- Persistência de cianose
- Ausência de CO2 exalado (capnografia)
- Ausência de expansibilidade torácica
- Distensão gástrica

Técnicas Avançadas de Permeabilização da VA

- EOT
 - Treino e experiência do profissional
- Dispositivos supraglóticos
 - Treino reduzido e ao alcance de vários profissionais

Abordagem Inicial da Via Aérea (IVA)

13

Dispositivos Supraglóticos – Máscara Laríngica

Indicações:

- PCR → 1ª escolha para assegurar VA para profissionais não treinados para EOT
- Indicação sob pressão positiva até idealmente 3h (cirurgias eletivas)
- Dispositivo de resgate em caso de Vía Aérea Difícil



Abordagem Inicial da Vía Aérea (VA)

Nº 4 – 50 a 70Kg, usualmente mulheres/ homens de pequena estatura

Nº 5 – 70 a 100Kg, usualmente homens

Nº 3 – 30 a 50Kg, usualmente crianças ou adolescentes



14

Dispositivos Supraglóticos – Máscara Laríngica

Preparação material:

- ✓ EPI's
- ✓ Ressuscitador manual conectado a O2
- ✓ Aspirador + sonda de aspiração montado e testado
- ✓ Seringa (em caso ML com cuff)
- ✓ Lubrificante
- ✓ Monitorização: Oxímetro + capnógrafo (idealmente)
- ✓ Fixador (nastro)
- ✓ Acesso venoso permeável
- ✓ Material EOT (caso insucesso colocação ML)

Inserção:



VA não protegida

Abordagem Inicial da Vía Aérea (VA)

15

Dispositivos Supraglóticos – Máscara Laríngica

Desvantagens/ Cuidados:

- VA não protegida – Elevado risco de aspiração
- Glote não é mantida aberta artificialmente – maior probabilidade de ocorrer laringoespasmos
- Obstrução da VA na ou abaixo da laringe
- Necessidade de Entubação seletiva
- Dúvida ou dificuldade de ventilação com ML

Abordagem Inicial da Vía Aérea (VA)

Entubação Orotraqueal

- Controle definitivo da VA
- Reduz a probabilidade de aspiração pulmonar
- Evita a distensão gástrica por ventilação
- Permite toailete brônquica

16

Entubação Orotraqueal

- Método de eleição para assegurar ventilação pulmonar eficaz reduzindo os riscos de distensão gástrica ou broncoaspiração
- Método definitivo de via aérea

Indicações:

- ✓ PCR
- ✓ Insuficiência respiratória/Exaustão respiratória
- ✓ Depressão sensorial com perda de capacidade de proteção VA
- ✓ Indicação para VMI

Abordagem Inicial da Vía Aérea (VA)



17

Entubação Orotraqueal

Preparação material:

- ✓ EPI's
- ✓ Laringoscópio (testado e montado)
- ✓ Tubo endotraqueal (cuff testado previamente)
- ✓ Seringa para insuflação do cuff
- ✓ Aspirador de secreções com sonda de aspiração montado e testado
- ✓ Gel lubrificante
- ✓ Condutores ou indutores semi-rígidos (fios guia)

Técnica Asséptica

- Estetoscópio
- Nastro para fixação
- Insuflador manual conectado a O2
- ✓ Monitorização hemodinâmica (com capnografia idealmente)
- ✓ Ventilador e traqueias de adaptação



Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

18

Método de Avaliação da Via Aérea em Emergência

Método de LEMON

L – Look externally

E – evaluate 3-3-2 rule (3 dedos de distância interincisivos, 3 dedos de distância entre o mento e a junção entre queixo e pescoço, 2 dedos de distância entre o osso hióide e a cartilagem tireóideia)

M – Mallampati

O – Obesidade / Obstrução

N – Neck Mobility (mobilidade do pescoço)

Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

19

Referências Bibliográficas

- American Society of Anesthesiologists. (Fevereiro de 2013). Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology.
- Coloma, R. (2017). Manejo de Via Aérea no Difícil Desde la Ventilación com Bolsa Hasta Intubación Orotraqueal. *Revista Médica Clínica las Condes*, 691-700.
- Coloma, R., & Álvarez, J. (2011). Manejo Avanzado de la Via Aérea. *Revista Médica Clínica las Condes*, 270-279.
- Hassal, S., & Williams, C. (2010). Assessment of airway and breathing in adults. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 288-291.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). *Manual de Duporte Avançado de Vida*. Lisboa.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil - E. P. E. (2017). *Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgésia do Pós-Operatório*. Lisboa.
- Lucisano, K., & LuTalbot, L. (2012). Simulation Training for advanced airway management for anesthesia and other healthcare providers: a systematic review. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 25-31.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Camarate, Portugal: Lusociência.

Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

20

Abordagem Inicial da
Via Aérea(VA)

Obrigado!



Abordagem Inicial da Via Aérea (VA)

21

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Ação de Formação

Designação da ação de formação: _____

Data: _____

Formação em Sala:

Hórorio _____

Formação em contexto de trabalho:

Local: _____

Grupo Profissional do formando: _____

Função ou cargo do formando: _____

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante pois permite-nos aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas e como podemos melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação.

Por favor, assinale com X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Escala de avaliação

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado	Não Aplicável
1	2	3	4	5	N/A

Considerando sempre o seu grupo profissional, função ou cargo, como avalia:

1. Ação de formação em geral

- a) Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades
- b) Adequação da duração da ação
- c) Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas
- d) Qualidade da ação relativamente às melhores ação já frequentadas

1	2	3	4	5	N/A

Conteúdo da ação de formação

- a) Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual
- b) Qualidade da abordagem ao tema (p. ex. estruturação e nível de profundidade apropriados)
- c) Efectividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados
- d) Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

1	2	3	4	5	N/A

2. Organização e logística

- a) Eficiência do apoio pela equipa responsável
- b) Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação
- c) Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico

1	2	3	4	5	N/A

3. Formadores

- a) Definição inicial dos objetivos
- b) Domínio demonstrado do tema
- c) Exposição clara e precisa do conteúdo
- d) Motivação e incentivo à participação

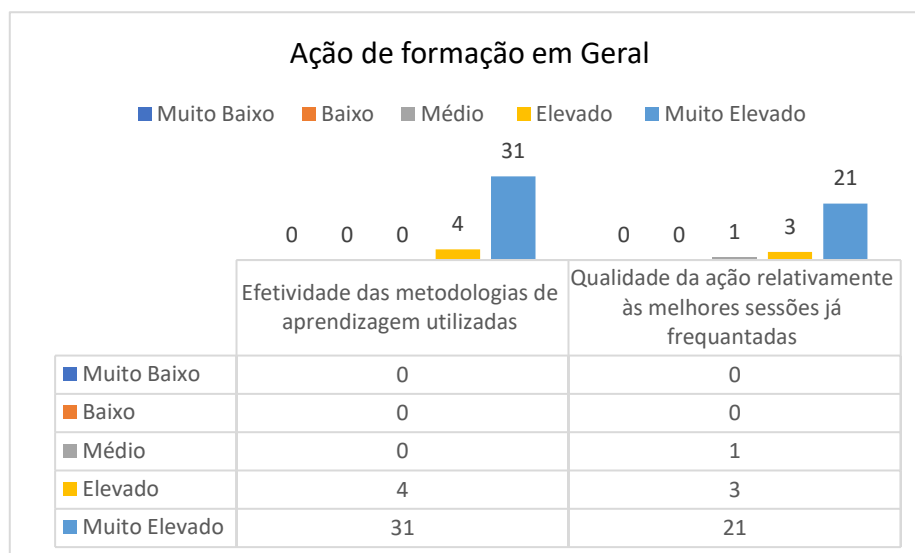
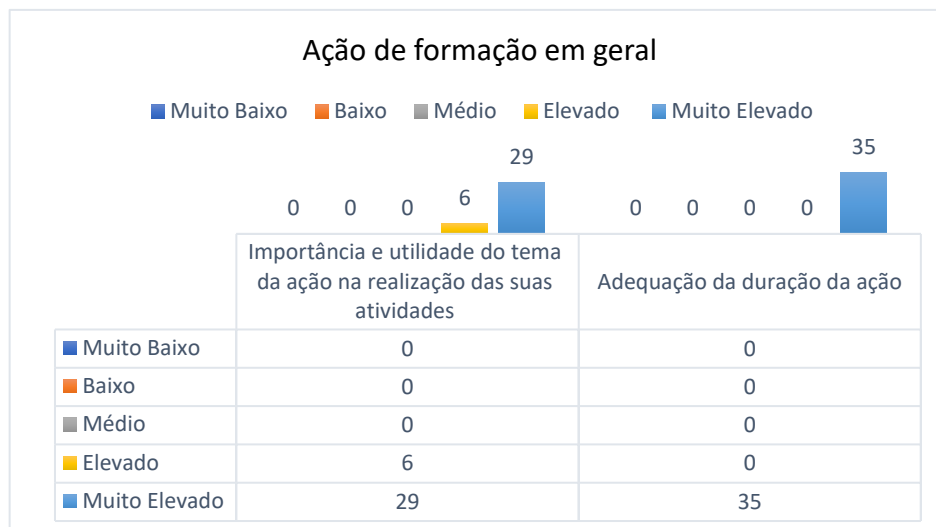
Formador:					
1	2	3	4	5	N/A

Pontos fortes:

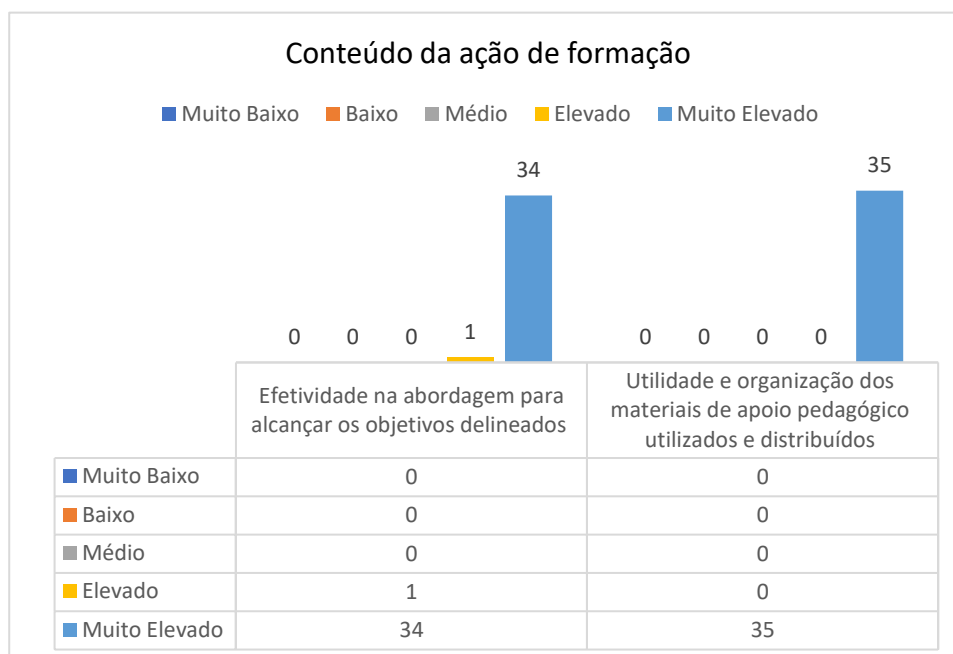
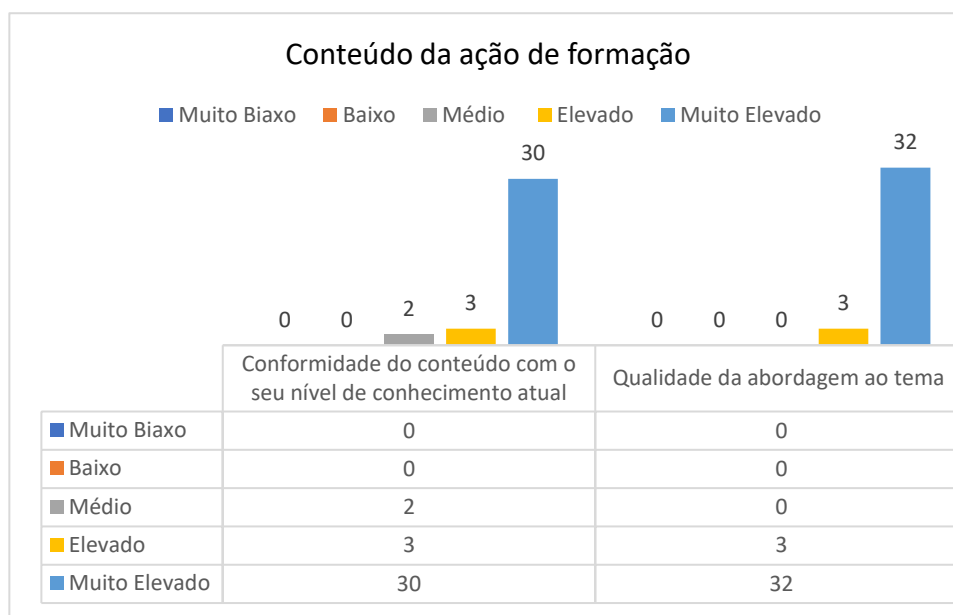
Pontos a melhorar/Sugestões:

APÊNDICE IV – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
“ABORDAGEM INICIAL À VIA AÉREA

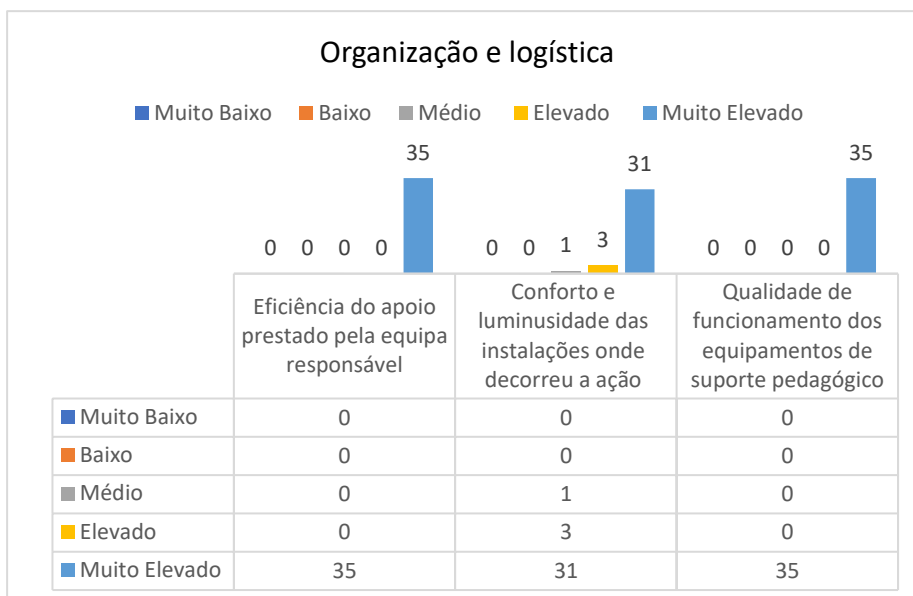
1. Ação de formação em geral:



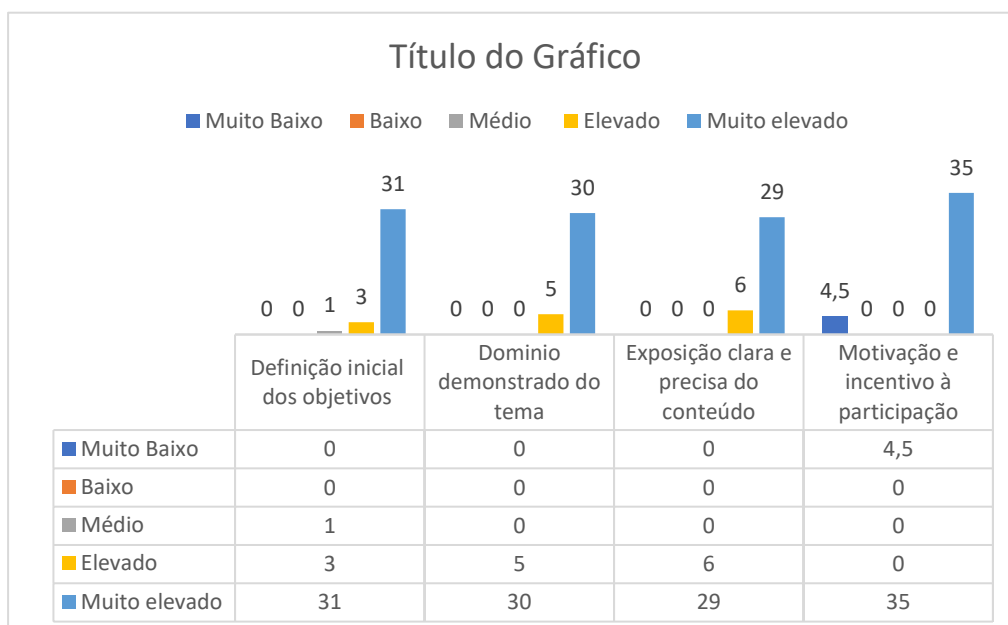
2. Conteúdo da ação de formação



3. Organização e logística



4. Formadores:



5. Pontos fortes/Sugestões:

