



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TEMA DE INVESTIGAÇÃO:

FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA A AUTO-
EXTUBAÇÃO DA PESSOA ADULTA EM UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS

RISK FACTORS CONTRIBUTING TO SELF-EXTUBATION IN
ADULTS IN INTENSIVE CARE UNITS

Por

Inês Baptista Osório

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TEMA DE INVESTIGAÇÃO:
FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA A AUTO-
EXTUBAÇÃO DA PESSOA ADULTA EM UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS

RISK FACTORS CONTRIBUTING TO SELF-EXTUBATION IN
ADULTS IN INTENSIVE CARE UNITS

Por

Inês Baptista Osório

Sob a orientação do Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2022

*“Teu passo: outros passos
ao lado do teu.
O pisar de botas,
outros nem calçados,
mas todos pisando,
pés no barro, pés
n'água, na folhagem,
pés que marcham muitos,
alguns se desviam,
mas tudo é caminho.”*

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Sérgio Deodato, pela orientação e apoio neste longo percurso de aprendizagem académico e crescimento pessoal;

À minha mãe Cristina, que me amparou incondicionalmente no meio do cansaço,
Ao meu pai Luís, que me dava o refúgio de paz, silêncio e cuidado para o estudo ou para o descanso,

Aos dois, que desde sempre me incentivaram a estudar e ensinaram que para conquistar é preciso tentar;

Aos meus amigos de uma vida que conseguiram de uma forma ou outra, apoiar-me mesmo enquanto permanecia ausente; à Maria Inês que me inspirou com a sua coragem e me fez testemunhar uma vez mais o valor da vida;

Aos enfermeiros orientadores Enf.º Paulo Baltazar e Enf.º Carlos Jacinto que me ensinaram, entusiasmaram e inspiraram com a sua sabedoria, munindo-me de sonhos e objetivos para o meu futuro;

Às respetivas equipas de enfermagem dos locais de estágio que me acolheram e partilharam comigo os seus conhecimentos;

À Enf.ª Stéphanie que me encontrou e deu a mão quando não encontrava o caminho.

Um enorme obrigada a todos.

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, foi elaborado o presente relatório de estágio. Este relatório, tem como objetivo descrever e refletir acerca de todo o percurso académico e analisar o processo de desenvolvimento de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira especialista, assim como obtenção de grau de mestre.

Este documento encontra-se dividido em três capítulos: no primeiro capítulo será apresentado uma *scoping review* sobre fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos. Foram identificados 13 fatores de risco, agrupados em 3 categorias diferentes: fatores relacionados com a pessoa, com o “desmame” ventilatório e relacionados com os profissionais de saúde e ambiente.

No segundo capítulo é realizada a descrição dos contextos de estágio onde foram realizados a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente o serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

No decurso do terceiro capítulo, é exposto uma descrição e reflexão das vivências e das atividades desenvolvidas nos contextos de estágios do capítulo anterior e no percurso da prática profissional, com a finalidade de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, assim como as competências de mestre através da elaboração da *scoping review* do capítulo primeiro.

Durante este percurso académico, foi possível uma aprendizagem e consolidação de conhecimentos técnico-científicos assim como de competências de enfermeiro especialista e mestre, para uma prática baseada em evidência científica, uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados e uma tomada de decisão mais fundamentada ao longo do meu futuro percurso profissional.

Palavras-chave: Fatores de Risco, Auto-extubação, Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

This report was prepared within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing, at the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa of Lisbon. This report aims to describe and reflect on the entire academic journey and analyze the process of development of the acquisition of common and specific competencies of a specialist nurse, as well as the achievement of a master's degree.

This document is divided into three chapters: the first chapter presents a scoping review on risk factors contributing to self-extubation in adults in intensive care units. Thirteen risk factors were identified, grouped in 3 different categories: factors related to the person, to ventilator "weaning" and related to health care professionals and environment.

The second chapter describes the internship settings where the acquisition and development of skills took place, namely the emergency department and the intensive care unit.

In the third chapter, a description and reflection of the experiences and activities developed in the internship contexts of the previous chapter and in the course of professional practice are presented with the purpose of acquiring the common and specific competencies of a nurse specialist in medical-surgical nursing to critically-ill patients, as well as the master's competencies through the development of the scoping review of the first chapter.

During this academic journey, it was possible to learn and consolidate technical and scientific knowledge, as well as the skills of specialist and master nurses, for a practice based on scientific evidence, to improve the quality of care provision, and to make more informed decisions throughout my future professional career.

Keywords: Risk Factors, Self-extubation, Intensive Care Unit, Specialist Nurse, Critically Ill

LISTA DE ABREVIATURAS

En^o – Enfermeiro

En^a – Enfermeira

N^o – Número

Ex. – Exemplo

Cm – Centímetros

Bpm – batimentos por minuto

Cpm – ciclos por minuto

p. – página

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

APACHE II – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ECMO VA – *Extracorporeal Membrane Oxygenation Venoarterial*

ECMO VV – *Extracorporeal Membrane Oxygenation Venovenous*

ECPR – *Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation*

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCS – *Glasgow Coma Scale*

HER+ – *Health Event & Risk management*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITUACV – Infecções do Trato Urinário Associadas ao Cateter Vesical

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infecção

PDSA – *Plan, Do, Study, Act*

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PPCIRA – Programa De Prevenção E Controlo De Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

UCLPPCIRA – Unida de Coordenação Local do Programa de Prevenção E Controlo De Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSP – Polícia e Segurança Pública

PSV – *Pressure Support Ventilation*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSS – *Ramsay Sedation Scale*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

START – *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de cuidados intensivos

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	14
INTRODUÇÃO.....	15
1. FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA A AUTO-EXTUBAÇÃO DA PESSOA ADULTA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A <i>SCOPING REVIEW</i>.....	19
1.1. Introdução da temática da revisão da literatura	19
1.2. Critérios de inclusão e exclusão.....	21
1.3. Método e estratégia de pesquisa	21
1.4. Resultados.....	23
1.5. Discussão	24
a) Fatores de Risco Relacionados com a Pessoa	24
b) Fatores de Risco Relacionados com o “Desmame” Ventilatório.....	25
c) Fatores de Risco Relacionados com os Profissionais de Saúde e Ambiente	28
1.6. Conclusão da temática da revisão da literatura	30
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	31
2.1. Serviço de Urgência.....	31
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos.....	32
3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	35
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	36
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	40
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	45
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	50
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica	53

3.2.1. Competência: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	54
3.2.2. Competência: dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	61
3.2.3. Competência: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	65
33. Competências gerais de mestre	67
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	79
APÊNDICE I Tabelas de extração de dados da scoping review	80
APÊNDICE II Projeto de Estágio	104
APÊNDICE III Scoping Review Protocol	136
ANEXOS	144
ANEXO I Certificado de Observador da Higiene das Mãos	145
ANEXO II Declaração de participação na ação de formação “Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”	147
ANEXO III Declaração de participação na ação de formação “Observadores da Higiene das Mãos”	149

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégia de pesquisa realizada conforme o PRISMA ScR – *Flow Diagram*

Figura 2 – Fatores de Risco Relacionados com a Pessoa

Figura 3 – Fatores de Risco Relacionados com o “Desmame” Ventilatório

Figura 4 – Fatores de Risco Relacionados com os Profissionais de Saúde e Ambiente

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, foi elaborado um relatório de estágio cujo conteúdo relata o percurso de desenvolvimento de competências na área de especialidade, com objetivo de obtenção de grau de enfermeira especialista e obtenção de grau de mestre.

Começo por esclarecer a definição de relatório de estágio que consiste num *“relato escrito que visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do(s) Estágio(s), acompanhada por uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem”*, determinando-se assim como um *“instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que através da sua elaboração se espera que os alunos apresentem uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado”*, conforme as Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, emitido pela Ordem dos enfermeiros (OE), (2021). Na mesma linha de pensamento, para ser possível a elaboração de um relatório com vista a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, é fundamental a prática clínica em contexto de estágios, pois *“visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área de especialidade do ciclo de estudos”* (OE, 2021).

A elaboração deste presente documento foi efetuada no decurso da unidade curricular, enquanto documento de apoio assim como instrumento de avaliação. A descrição e análise deste percurso e respetiva reflexão, traduziu um reconhecimento dos contributos obtidos como o desenvolvimento de competências especializadas na pessoa em situação crítica, assim como um desenvolvimento pessoal.

Neste documento, é referido o termo “pessoa em situação crítica”. Segundo o Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018b), pessoa em situação crítica é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Entende-se com esta definição que os cuidados de enfermagem a prestar são revestidos de complexidade, responsabilidade e diferenciação tendo em conta as

necessidades específicas, uma monitorização e avaliação ininterrupta. Dada a situação crítica, a formação técnica e científica de enfermeiros é fundamental para a prestação de cuidados diferenciados no que toca a globalidade de necessidades afetadas.

Ao fim de quatro anos de exercício profissional, propus-me a este desafio académico com vista a uma progressão na melhoria da prestação de cuidados, assente em conhecimentos especializados na área de pessoa em situação crítica. Assim, através de experiências e atividades, foi possível um desenvolvimento de competências, habilidades e capacidades, cujas ferramentas adquiridas nestas unidades curriculares me permitem continuar a crescer na minha prática profissional de cada dia futuro.

Principiando pela elaboração de uma *scoping review*, desta forma foram desenvolvidas as capacidades de investigação. Deu-se o início da aquisição e desenvolvimento de técnicas de pesquisa, análise e raciocínio, fundamentação adequada através de suporte científico e o saber aplicar na minha prática profissional. Saliento, como descrito na alínea e) do Artigo 15º do Decreto – Lei n.º 74/2006 de 24 de março, “*competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*”, o motor de incentivo para o ingresso no vigente curso de mestrado.

Neste primeiro capítulo, a *scoping review* surge pelo interesse no tema a partir de uma vivência profissional em contexto de prestação de serviços num hospital de Lisboa, seguida pela necessidade de pesquisa do conhecimento científico na literatura presente e partilha do mesmo. A questão de investigação “*qual a evidência científica disponível acerca dos fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos?*” delineou os passos seguintes. Sabendo *a priori* que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2021), a segurança da pessoa é um conjunto de “*culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde os quais reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, diminuem a ocorrência de dano evitável, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano*” (p. V), assim considero este um tema relevante para desenvolvimento.

No segundo capítulo, é realizada uma contextualização dos locais de estágio onde foi realizada a aquisição e desenvolvimento de competências, um serviço de urgência (SU) e uma unidade de cuidados intensivos (UCI), dois serviços distintos da minha prática profissional. A escolha deveu-se a uma necessidade de crescimento e desenvolvimento na área de pessoa em situação crítica. Com o conhecimento prévio dos diversos domínios da área de especialidade adquiridos neste percurso, posso afirmar que desta forma foi possível

adquirir novos instrumentos de aprendizagem fulcrais para a posterior prestação de cuidados neste mesmo contexto.

Destaco a importância da frequência de estágio neste percurso académico pois permitiu a objetivação das vivências, consolidação dos conhecimentos obtidos e a aquisição das competências de enfermeira especialista, tendo como fundamento que “*o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista*” (OE, 2021). Contribui, portanto, para efetivar uma transição da teoria para a prática, produção de conhecimento científico, desenvolvimento de competências de investigação e promoção da capacidade reflexiva, com impacto positivo sob a prática clínica. Como forma de orientar a ação para a excelência dos cuidados, nos diferentes campos de intervenção foi utilizada a teoria das 14 necessidades humanas fundamentais que a teórica Virginia Henderson formulou, tendo como objetivo a satisfação destas necessidades na pessoa em situação crítica.

No terceiro capítulo, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, encontra-se exposto como foi possível desenvolver nos contextos de estágio as competências comuns (conforme o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE), as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa crítica (conforme o Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho da OE) e as competências de mestre (conforme o Artigo 15º do Decreto – Lei N.º 74/2006 de 24 de março), através da elaboração da *scoping review* “Fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos”, de acordo com a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI).

A abordagem inicial realizou-se através da elaboração de um projeto de estágio, documento que consistiu no planeamento de objetivos e respetivas atividades para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, em ambos contextos de estágio (Apêndice II – Projeto de Estágio). Estas competências mediarão-se através da interpretação de situações vivenciadas relacionando com o conhecimento científico. Foi possível assim o desenvolvimento da capacidade de análise e reflexão crítica, e posteriormente a capacidade de resolução de problemas atendendo a uma fundamentação teórica rigorosa. Este percurso promoveu uma melhoria na qualidade de cuidados prestados e a aquisição de habilidades e capacidades neste âmbito de especialização.

O conteúdo deste relatório detém, além dos três capítulos, anexos e apêndices que demonstram as atividades desenvolvidas neste percurso académico, assim como referências bibliográficas que concederam suporte à elaboração deste documento. Todo o presente

documento encontra-se elaborado de acordo com a norma *American Psychological Association 7th edition* (APA).

A acrescentar a nota de que, no conteúdo deste relatório, verifica-se referido “cliente” ou “utente” a pessoa destinatária dos cuidados de enfermagem devido a uma questão de construção de frase. O intervalo de idades da pessoa em situação crítica neste relatório consiste em toda a pessoa com mais de 18 anos, cujo termo utilizado é o “adulto”, não estando em conformidade com o conceito de adulto utilizado em Portugal, intervalo dos 18 anos aos 65 anos, nem com a definição da OMS, pessoa acima de 60 anos (alínea b, número 2 do Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto; OMS, 2002).

1. FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA A AUTO-EXTUBAÇÃO DA PESSOA ADULTA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: *ASCOPIING REVIEW*

De forma a desenvolver competências de investigação em Enfermagem, no presente capítulo encontra-se elaborada uma *scoping review*. Em conformidade com o Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior aprovado no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, para se obter grau de mestre, é necessário deter conhecimentos que “*constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação*”.

Este capítulo divide-se em 6 subcapítulos. Na introdução, é abordada a temática e a sua relevância para estudo, de seguida o estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão que resultaram na estratégia de pesquisa realizada. Após analisados os resultados de 11 estudos incluídos para a revisão, é realizado em subcapítulo próprio a discussão destes. Por fim, o conhecimento de 13 fatores de risco contribui para uma identificação antecipada de pessoas com risco de auto-extubação, consequentemente evitando este evento adverso e melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

1.1. Introdução da temática da revisão da literatura

A entubação endotraqueal e consequente ventilação mecânica invasiva, consiste numa intervenção significativa na pessoa em situação crítica com falência respiratória, de acordo com Chao et al (2017b). Assim que se encontra resolvida a causa da sua condição clínica, deve ser efetuado o “desmame” ventilatório o mais precoce possível, cuja etapa final é a extubação planeada, ou seja, remoção do tubo endotraqueal pelos profissionais de saúde (Chao et al, 2017a). A extubação planeada é um momento complexo, digno de avaliação judiciosa de condições seguras de forma a garantir o sucesso do processo, cujos critérios preponderantes para a extubação planeada consistem na capacidade da pessoa de manter uma respiração espontânea sem a assistência do ventilador, sinais vitais estáveis e manter uma ventilação e perfusão adequada (Huang, 2009).

Numa pessoa em situação crítica entubada e ventilada, também pode suceder a extubação não planeada, uma situação que põe em risco a vida da pessoa, que consiste na exteriorização do tubo endotraqueal antes do planeamento da mesma (Chao et al, 2017a). A extubação não planeada pode ser classificada em extubação acidental, quando existe a exteriorização do tubo endotraqueal devido a diversos fatores, não intencionais ou

programados (por exemplo nos posicionamentos, procedimentos ou reflexo de tosse) ou auto-extubação, que por sua vez, consiste na remoção do tubo endotraqueal pela própria pessoa em situação crítica de forma voluntária e intencional, em contexto não planeado (Chao et al, 2017a). A auto-extubação é considerada um evento refletido nos indicadores de qualidade e de segurança da pessoa numa unidade de cuidados intensivos, enfatizado por Huang (2009) quanto à pertinência da temática.

Huang (2009) refere que a auto-extubação provoca complicações como laringospasmo, lesão da traqueia ou falência respiratória e cardíaca. Chao et al (2017b) acrescenta ainda que a extubação não planeada é uma situação que implica diversos riscos para a pessoa como pneumonia de aspiração, broncospasmo, arritmia, falência respiratória ou até paragem cardiorrespiratória. Desta forma, constata-se que ocorre um aumento de tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos e de internamento hospitalar, ventilação mecânica invasiva prolongada e aumento da mortalidade (Chao et al, 2017a).

Para prevenir estes eventos, tornou-se necessário identificar os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de auto-extubação, na pessoa em situação crítica, numa unidade de cuidados intensivos (UCI). Huang (2009), no seu estudo caso-controlo, dentro da sua amostragem de pessoa em situação crítica entubada, 6.4% teve uma auto-extubação. Dessa amostra de auto-extubações destaca como fatores um *score* baixo da escala APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*), a presença de restrição física, o desconforto causado pelo tubo endotraqueal e um nível de consciência aumentado. Por sua vez, Chao et al (2017a) descreve que a implementação de procedimentos sistematizados como o tipo de fixação do tubo endotraqueal, uso adequado de restrição física, protocolo de “desmame” ventilatório e o uso de técnicas de comunicação através de cartões personalizados, traduziu uma diminuição na taxa de extubação não planeada, pelo que conclui que a diminuição da extubação não planeada é alcançável através a implementação de instrumentos de melhoria da qualidade e um trabalho contínuo da equipa multidisciplinar.

Assim sendo, a análise desta temática promove uma melhor compreensão deste evento em particular, de forma a ser possível prevenir de forma mais célere. O investimento na melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente o aumento da segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica implica a procura de conhecimentos acerca fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta numa unidade de cuidados intensivos, pois consistem em intercorrências possíveis de provocar danos. Este evento consiste num momento de maior vulnerabilidade, mas o conhecimento de cada fator de risco identificado pode reduzir o risco potencial de suceder uma extubação não planeada.

Foi elaborada a presente *scoping review* sob as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI). O objetivo desta *scoping review* é mapear o conhecimento científico acerca dos fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos.

1.2. Critérios de inclusão e exclusão

Exposta a problemática, surge a questão orientadora desta *scoping review*: Qual o conhecimento científico disponível acerca dos fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos?

Para construção da pergunta de investigação foi utilizada a mnemónica “PCC” (P – população; C – conceito; C – contexto), preconizada pela JBI. A população é toda a pessoa adulta com idade superior a 19 anos, inclusive. O fenómeno de estudo definido consiste nos fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta sob ventilação mecânica invasiva. O contexto do estudo é em qualquer tipologia de unidade de cuidados intensivos.

A pesquisa iniciou-se em outubro de 2022, fase em que foram definidos como critérios de inclusão todos os estudos desde 2017 (últimos 5 anos), nos idiomas português, inglês ou castelhano, que identificavam os fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos. Foram incluídas revisões sistemáticas, estudos quantitativos e qualitativos e estudos de literatura cinzenta. Os estudos que não cumpriam os critérios previamente definidos, com texto incompleto e/ou não se encontravam de acesso gratuito, não foram considerados.

1.3. Método e estratégia de pesquisa

A *Scoping Review* proposta foi realizada de acordo com a metodologia JBI (*Joanna Briggs Institute*), de acordo com o manual para elaboração de revisões para autores (Aromataris & Munn, 2020).

Após definição da questão de investigação e dos critérios de inclusão/exclusão, realizou-se a primeira etapa: uma pesquisa inicial na plataforma de pesquisa EBSCO-host e bases de dados PubMed® e Google Scholar, com objetivo de verificar na literatura recente o que é que se encontrava disponível sobre a temática desta revisão e identificar as principais palavras-chave utilizadas nos estudos. Posteriormente, selecionou-se os descritores de cada

componente da estrutura PCC, em conformidade com os termos Medical Subject Headings (MeSH).

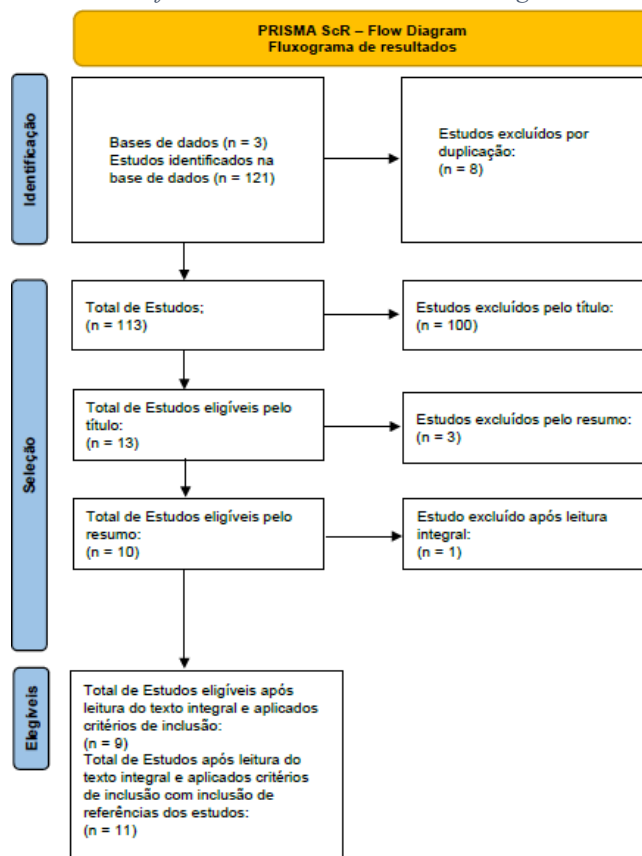
Na etapa seguinte, realizou-se a pesquisa pelas bases de dados COCHRANE®, PUBMED® e *Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL®), com os descritores [“*airway extubation*” AND “*risk factors*” AND “*intensive care units*”], onde foram selecionados os estudos através do título. De seguida, foram selecionados os estudos através da relevância do resumo e por fim, foi realizada a seleção de estudos após leitura integral do texto.

De acordo com a estratégia referida anteriormente obtiveram-se no total 121 resultados. Após a eliminação de estudos repetidos ficaram, para análise do título 113 publicações. Foram excluídos os estudos que não referiam a população, o conceito ou o contexto previamente definido, assim como os critérios de inclusão/exclusão previamente estabelecidos. Selecionou-se 13 estudos pelo título, de seguida foram analisados os resumos de tendo sido selecionados 10, para análise

integral. Após a leitura integral e individual dos 10 documentos, obteve-se, em consenso, um total de 9 publicações que cumpriam o objetivo do estudo. Na Figura 1, encontra-se a estratégia de pesquisa realizada conforme o *PRISMA ScR – Flow Diagram*. A estratégia de pesquisa foi realizada por dois revisores independentes, através da ferramenta *Rayyan Qatar Computing Research Institute* para revisões da literatura. As situações de divergência foram discutidas e resolvidas atingindo o consenso, sem necessidade de intervenção de um terceiro revisor. Na última fase da pesquisa, analisou-se as

referências bibliográficas de cada estudo selecionado, que promoveu o acréscimo de mais 2 documentos de literatura cinzenta para integrar na *scoping review*. Esta revisão inclui no

Figura 1 - Estratégia de pesquisa realizada conforme o PRISMA ScR – Flow Diagram



total 11 estudos publicados. Para gestão de referências dos artigos selecionados foi utilizado o software *Mendeley Desktop* versão 1.19.8 ©2008-2020.

Após a seleção dos estudos relevantes para a temática da revisão *scoping*, foram elaboradas tabelas de extração de dados (Apêndice I), de forma a promover uma leitura rápida e simplificada dos resultados obtidos de todos os estudos incluídos, caracterizados em nome(s) do(s) autor(es), ano da publicação, país de origem do estudo e idioma do estudo, palavras-chave, metodologia utilizada, níveis de evidência, resultados obtidos, categorias de fatores de risco (relacionados com a pessoa, relacionados com o “desmame” ventilatório e relacionados com os profissionais de saúde e ambiente) e subcategoria dos fatores de risco identificados. Nas subcategorias encontram-se discriminados os fatores de risco que contribuem para a auto-extubação identificados em cada estudo incluído para esta revisão, cuja finalidade é dar resposta à questão de investigação proposta.

1.4. Resultados

O conjunto de estudos incluídos nesta revisão *scoping* são maioritariamente estudos de natureza qualitativa e revisões sistemáticas, decorridos entre 2017 e 2022. A origem destes estudos consiste apenas em países internacionais como Coreia do Sul, Egito, Itália, Peru, Chile, China, Filipinas, Estados Unidos da América e República da Coreia, sem inclusão de nenhum estudo nacional. Verifica-se uma pertinência de temática que se encontra estudada a nível mundial (contempla a maioria dos continentes), portanto este evento de auto-extubação não se encontra associado a uma localização específica.

Nos 11 estudos desta *scoping review* foram identificados 13 fatores de risco: sexo masculino, idade, escala Apache II, DPOC e Infecções nosocomiais, sedação inadequada, agitação, modalidade ventilatória, delirium/confusão, ambiente, equipa multidisciplinar, turno da noite, cuidados de enfermagem e rácio enfermeiro-utente.

Apresenta-se no capítulo seguinte, nas Figuras 2, 3 e 4, em fluxograma, a visualização dos fatores de risco identificados de forma resumida, de forma a fornecer informações de forma organizada para esta revisão.

Os fatores de risco foram organizados em 3 categorias: fatores de risco relacionados com a pessoa, fatores de risco relacionados com o “desmame” ventilatório e fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente. Em alguns fatores de risco identificaram-se subfactores, ou seja, elementos que os caracterizam ou influenciam. Estes subfactores relacionam-se com os fatores de risco e cuja relação será explicada adiante.

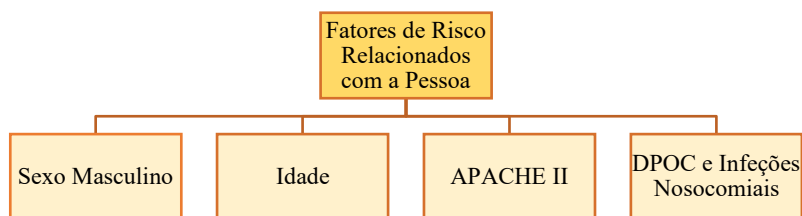
Esta categorização surgiu com o propósito de promover uma leitura e interpretação precisa, sistematizada e simplificada. A reforçar que os próprios fatores de risco que contribuem para a auto-extubação interligam-se entre si.

1.5. Discussão

A auto-extubação da pessoa em situação crítica consiste num evento adverso que surge derivado de diversos fatores de risco. A taxa de reentubação e a taxa de mortalidade após uma auto-extubação é consideravelmente superior em contraste com as extubações planeadas, daí a pertinência de conhecer os fatores que contribuem para este fenómeno (Reanne Ju et al., 2022; Li et al., 2022; Abbas & Lutfy, 2019). Os fatores de risco identificados para a auto-extubação agrupam-se em 3 categorias, abaixo listadas, bem como os fatores identificados.

a) Fatores de Risco Relacionados com a Pessoa

Figura 2 - Fatores de Risco Relacionados com a Pessoa



Nesta categoria de fatores de risco relacionados com a pessoa (Figura 2), encontra-se identificado o fator de risco “**sexo masculino**” em 3 estudos, que identificam o sexo masculino como uma característica da pessoa em situação crítica que detém um maior risco de extubação não planeada (Li et al., 2022; Ai et al., 2018; Uy et al., 2018)

A “**idade**” é identificada nos estudos de Uy et al. (2018), Lee et al. (2018) e Consentino et al. (2017), como um fator de risco estatisticamente relevante para ocorrência de extubação não planeada, nomeadamente a idade média de 50 anos a 68 anos.

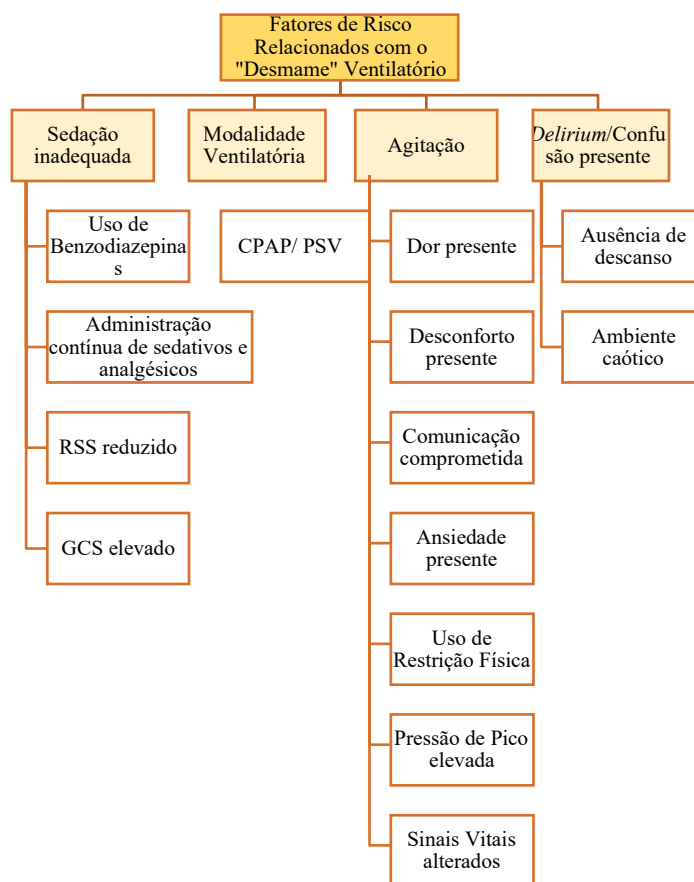
Consentino et al., (2017) acrescenta que a idade da pessoa pode ser um fator que afeta diretamente o evento da auto-extubação, visto estar diretamente relacionada com a escala APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*), um instrumento de avaliação da gravidade de doença utilizada em UCI, em que a idade é um dos itens. A escala “**APACHE II**” é assim considerada como o terceiro fator de risco da categoria de

fatores de risco relacionados com a pessoa. Em três estudos encontra-se referido como estatisticamente significativo um *score* médio de 23 a 29 pontos na escala APACHE II nas pessoas que tiveram uma auto-extubação (Lee et al., 2018; Reanne Ju et al., 2022; Kwon & Choi, 2017), no entanto, em 2 estudos identifica-se o *score* médio de 16 a 21 pontos na escala APACHE II como fator de risco para extubação não planeada (Li et al., 2022; Ai et al., 2018).

Nesta mesma categoria, destacam-se um conjunto de fatores de risco nomeadamente a “DPOC e Infeções Nosocomiais”. A DPOC e as Infeções Nosocomiais são consideradas um fator de risco pois a presença destas potencia uma ventilação mecânica invasiva mais prolongada e conseqüentemente um “desmame” ventilatório mais estendido, logo, este aumento do tempo de entubação e de gestão de sedação torna mais provável ocorrer uma auto-extubação (Cosentino et al., 2017).

b) Fatores de Risco Relacionados com o “Desmame” Ventilatório

Figura 3 - Fatores de Risco Relacionados com o “Desmame” Ventilatório



Na categoria fatores de risco relacionados com o “desmame” ventilatório (Figura 3), a “**sedação inadequada**” é um fator de risco identificado na nestes artigos com uma grande

relevância, e encontra-se interligado com outros fatores de risco considerados adiante. No seguimento do “desmame” ventilatório, uma das etapas consiste na redução da administração de sedação de forma a aumentar o nível de consciência, essencial para a transição para ventilação espontânea, ajustando assim a modalidade ventilatória (Danielis et al., 2018). No estudo de Reanne Ju et al., (2022), é associado a administração de **forma contínua do sedativo propofol e do analgésico fentanilo** com as auto-extubações sucedidas. Também o **uso de benzodiazepinas** é incluído neste fator de risco, pois os seus efeitos paradoxais contribuem para a presença de *delirium* e confusão, e, portanto, um maior risco de auto-extubação (Cosentino et al., 2017).

O nível de sedação é avaliado consoante a escala de *Glasgow Coma Scale* (GCS) e *Ramsay Sedation Scale* (RSS), em que o *score* respetivo prediz o nível de consciência da pessoa, durante o “desmame” ventilatório. Em 5 estudos, encontra-se descrito que a **GCS** com *score* ≥ 9 pontos é um fator que contribui para o risco de autoextubação, pois existe um nível de consciência aumentado e consequentemente um possível risco de auto-extubação (Lee et al., 2018; Li et al., 2022; Ai et al., 2018; Abbas & Lutfy, 2019; Kwon & Choi, 2017). Em complemento, o *score* médio de 1 ponto na **RSS**, é considerado um outro fator influenciador da autoextubação por ser uma escala que deteta a sedação inadequada (Abbas & Lutfy, 2019).

O fator de risco “**modalidade ventilatória**” consiste numa fase do processo de “desmame” ventilatório com vista a recuperação da ventilação espontânea da pessoa, pelo que dois autores referem que a presença das modalidades ventilatórias **CPAP/ PSV** significa indiretamente que a pessoa tem um nível de sedação mais ligeiro, logo, é pode ser um fator preditivo para a auto-extubação (Lee et al., 2018; Kwon & Choi, 2017).

Associado ao aumento de consciência no decorrer de um “desmame” ventilatório, surge o fator de risco “**agitação**”. A agitação numa pessoa em situação crítica pode estar relacionada com o **desconforto** numa situação de presença de **dor** e que se refere estar associado à presença do tubo endotraqueal. A presença do tubo endotraqueal cria uma barreira, nomeadamente a **incapacidade de comunicar**, que pode posteriormente influenciar a manifestação de **ansiedade**, e deste modo, contribuir para uma auto-extubação (Cosentino et al., 2017; Danielis et al., 2018; Torres et al., 2020; Lucchini et al., 2018; Kwon & Choi, 2017; Abbas & Lutfy, 2019). Resultante da presença do tubo endotraqueal, por vezes existe um **aumento de pressão de pico** documentada, devido à mordedura do tubo nos períodos de maior agitação, pelo que pode ser sinal de risco de auto-extubação (Lee et al., 2018).

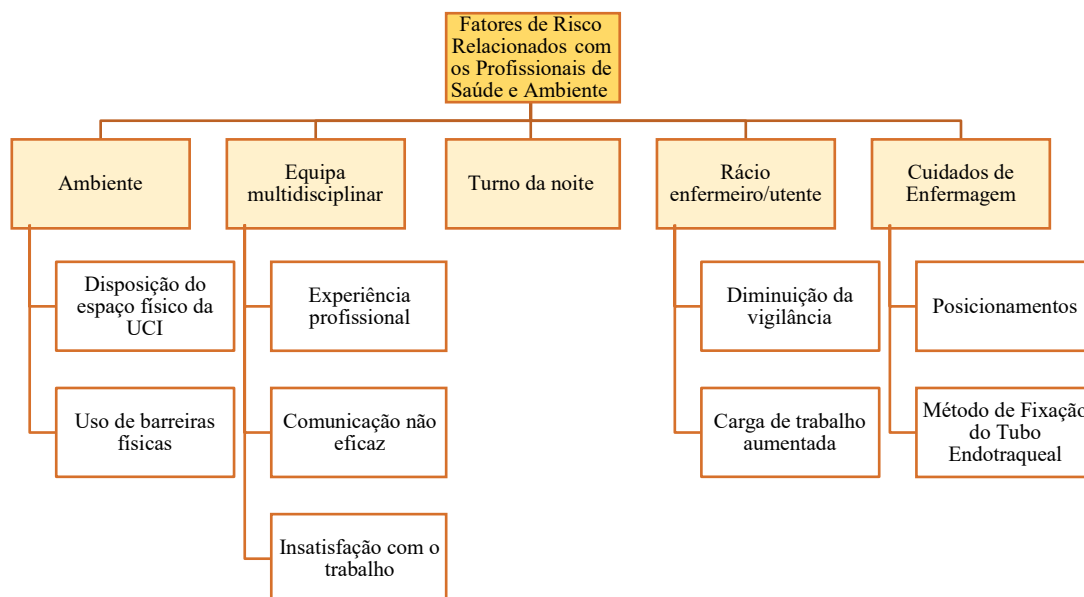
Em 7 estudos, encontra-se descrita que a implementação de restrição física indica um risco de auto-extubação e que houve uma tentativa de prevenção. Por outro lado, é também uma intervenção que contribui para ser uma das causas da auto-extubação uma vez que potencia uma sensação de desconforto. Os estudos referem que, tanto é um risco para a auto-extubação a presença de restrição física como a sua ausência, pelo que a sua implementação deve ser de utilização criteriosa e rigorosa, consensual entre equipa multidisciplinar, com a devida prescrição médica. A sua implementação contribui para um aumento do desconforto e consequente agitação da pessoa devido à sua incapacidade de expressar, que por sua vez contradiz a sua intenção original e acaba por ser a causa da auto-extubação (Cosentino et al., 2017; Reanne Ju et al., 2022; Li et al., 2022; Danielis et al., 2018; Uy et al., 2018; Ai et al., 2018; Abbas & Lutfy, 2019).

Segundo os autores Lee et al., (2018) e Kwon & Choi, (2017) a agitação traduz-se objetivamente na visualização da **alteração dos sinais vitais**, nomeadamente na Saturação Periférica de Oxigénio diminuída (média 94%), Pressão Arterial Diastólica aumentada (média 78mmHg), Frequência Cardíaca aumentada (média 105bpm) e Frequência Respiratória aumentada (média 25cpm), sendo assim considerado como um indício de uma possível auto-extubação.

A presença do fator de risco “**delirium/confusão**”, mencionado em 6 estudos, pode ser resultado dos efeitos secundários das medidas farmacológicas implementadas e/ou **ambiente caótico** como a presença de ruído, excesso de luzes e dinâmicas de serviço que contribuem para o comprometimento do descanso efetivo da pessoa em situação crítica. A **ausência de descanso** promove a manifestação de *delirium/confusão*, que associado à presença de agitação, contribui para um episódio de auto-extubação (Danielis et al., 2018; Cosentino et al., 2017; Li et al., 2022; Ai et al., 2018; Torres et al., 2020; Lucchini et al., 2018; e Abbas & Lutfy, 2019).

c) Fatores de Risco Relacionados com os Profissionais de Saúde e Ambiente

Figura 4 - Fatores de Risco Relacionados com os Profissionais de Saúde e Ambiente



Na categoria de fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente incluem-se diversos fatores identificados nos estudos (Figura 4), que se cruzam entre si e com os fatores da categoria anterior. No fator de risco “**ambiente**” encontra-se referido que, uma **disposição do espaço físico da UCI** que não permite uma visualização acessível pelos profissionais aquando a realização de tarefas como o acolhimento de um novo utente ou preparação de medicação, ou o **uso de barreiras físicas** pelos profissionais como portas fechadas (por exemplo em quartos de isolamentos de contenção) ou dispositivos para assegurar a dignidade e privacidade da pessoa durante os cuidados, pode contribuir para uma auto-extubação devido a uma diminuição da vigilância (Cosentino et al., 2017; Danielis et al., 2018; Lucchini et al., 2018; Abbas & Lutfy, 2019).

O fator de risco “**turno da noite**” referido em 4 estudos, inclui-se nesta categoria sob várias interpretações: devido à diminuição da vigilância derivada pela distração do enfermeiro, devido ao aumento da ansiedade e *delirium*/confusão na pessoa em situação crítica ou devido a rácio enfermeiro-utente inadequado, o que proporciona um elevado risco de extubação não planeada (Cosentino et al., 2017; Uy et al., 2018; Abbas & Lutfy, 2019; Kwon & Choi, 2017).

Em 4 estudos, a existência do fator de risco “**rácio enfermeiro-utente inadequado**” (nomeadamente uma proporção superior a 1:3) traduz uma **carga de trabalho aumentada**, logo, contribui para a auto-extubação, na medida em que existe uma **diminuição da**

vigilância da pessoa (Cosentino et al., 2017; Danielis et al., 2018; Torres et al., 2020; Abbas & Lutfy, 2019, Kwon & Choi, 2017).

Relativamente ao fator de risco "**equipa multidisciplinar**", encontra-se descrito que o risco de auto-extubação está também relacionado com os prestadores de cuidados, devido a uma **experiência profissional enfermeiro/médico reduzida**, à **comunicação não eficaz entre equipa multidisciplinar e enfermagem** e à **insatisfação com a profissão**. Este trio de fatores podem estar relacionados entre si ou encontrar-se isolados. Um enfermeiro com experiência profissional reduzida em UCI é mais propício a não detetar uma pessoa com risco de auto-extubação, devido ao não reconhecimento da presença de *delirium*, gestão de estratégias farmacológicas (protocolos de sedação/analgesia) ou situações de necessidade de vigilância acrescida, assim como a inexperiência do médico em basear-se em critérios subjetivos, que resulta em possíveis adiamentos desnecessários na extubação planeada ou a incapacidade de lidar com a complexidade da carga de trabalho aumentada, constitui um risco para auto-extubação (Reanne Ju et al., 2022; Cosentino et al., 2017; Abbas & Lutfy, 2019; Kwon & Choi, 2017). A comunicação não eficaz entre enfermeiros e médicos, bem como entre pares, devido à inexperiência profissional, pode contribuir para a inexistência de transmissão de informação nas transições de cuidados, a referência do risco que a pessoa apresenta para uma auto-extubação, aumentado ainda mais este risco (Cosentino et al., 2017; Danielis et al., 2018; Abbas & Lutfy, 2019; Kwon & Choi, 2017). Um estudo revela que num grupo de extubação não planeada, a maioria dos enfermeiros e médicos responsáveis encontravam-se insatisfeitos com o seu trabalho, que pode estar relacionado com o sentido de compromisso (Abbas & Lutfy, 2019).

No que diz respeito ao fator de risco "**cuidados de enfermagem**", o **método de fixação do tubo endotraqueal** pode contribuir para uma auto-extubação, pois pode ser a causa de um aumento da distância da ponta do tubo endotraqueal à carina, e assim influenciar a exteriorização durante os cuidados de higiene e posicionamentos. Os estudos descrevem que uma fixação de tubo endotraqueal não segura contribui para a extubação não planeada, no entanto, não existe referência de nenhum método específico que seja evidentemente mais eficaz (Cosentino et al., 2017; Torres et al., 2020; Lucchini et al., 2018; Lee et al., 2018). Reanne Ju et al., (2022) aborda que uma "distância da ponta do tubo endotraqueal à carina $\geq 6\text{cm}$ ", pode promover uma exteriorização mais facilitada; refere que a maioria das auto-extubações possuem uma distância da ponta do tubo endotraqueal à carina em média superior a 6cm, obtendo assim a premissa de que este é um fator que influencia a auto-extubação. Segundo o estudo de Lee et al., (2018), os **posicionamentos** podem ser considerados como

um indicador da presença de risco de auto-extubação, um vez que a partir da frequência com que a pessoa é posicionada, pode deduzir-se que a pessoa se encontra com agitação presente.

1.6. Conclusão da temática da revisão da literatura

Com os resultados obtidos foi possível sistematizar e clarificar algum do conhecimento desenvolvido neste âmbito, cujo objetivo é proporcionar aos profissionais de saúde o conhecimento dos fatores de risco identificados de forma a antecipar intervenções à pessoa em situação crítica com risco de auto-extubação. Desta forma, foi possível alcançar uma visão otimizada e analisada dos fatores de risco identificados, modificáveis e não modificáveis, a ter em consideração na prestação de cuidados a pessoa entubada e ventilada. Procura-se demonstrar que, em cada auto-extubação, não se sucede apenas um único fator de risco isolado, mas o conjunto ou associação entre eles.

Como limitação desta revisão, os artigos para a presente revisão *scoping*, referem os fatores de risco para extubação não planeada. No entanto, na leitura integral do seu conteúdo, obtém-se a informação de que a totalidade das extubações não planeadas foram auto-extubações (Kwon & Choi, 2017; Danielis et al., 2018; Reanne Ju et al., 2022) ou a maioria das extubações não planeadas foram auto-extubação (84.2% de auto-extubações no estudo de Li et al., 2022; 94% de auto-extubações no estudo de Lucchini et al., 2018). Os estudos que não mencionaram a taxa de auto-extubação nas extubações não planeadas foram considerados, pois extubação não planeada é definida como auto-extubação e extubação acidental, além de entrar em conformidade com a informação encontrada nos restantes artigos.

No estudo de Torres et al (2020), é sugerido um instrumento de cuidados para prevenção de extubação não planeada, um método de realizar intervenções com vista a prevenção de auto-extubação. Sugere-se a realização de estudos a nível nacional acerca desta temática, de forma a conhecer a incidência deste evento adverso e posteriormente a elaboração de uma escala de avaliação de risco de auto-extubação uniformizada, pois pode ser essencial na prevenção desta ocorrência. Assim, conhecer fatores de risco que contribuem para este evento adverso pode contribuir para promoção de cuidados de qualidade à pessoa adulta em UCI e minimizar as complicações derivadas da auto-extubação.

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem como objetivo adequar os serviços ao encontro das necessidades existentes das pessoas em situação de saúde-doença. Dispõe, na sua organização, um conjunto de respostas de cuidados de saúde para a pessoa em situação crítica.

Os estágios da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” e da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” foram realizados no mesmo centro hospitalar em Lisboa, um estabelecimento hospitalar público, onde se presta cuidados de saúde diferenciados, com todas as especialidades médico-cirúrgicas disponíveis.

O estágio tem como finalidade proporcionar momentos de aprendizagem e desenvolvimento, onde seja possível o *“aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área de especialidade do ciclo de estudos”*, funcionando como *“um processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos”* (OE, 2021), de onde surge este relatório crítico-reflexivo.

Para efetuar este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foi tomada como decisão a realização dos estágios no mesmo centro hospitalar onde realizo a minha prática profissional. Esta decisão surgiu pela consideração pela instituição quanto aos seus valores, visão e missão, por considerar que detém os critérios fulcrais para uma aprendizagem e consolidação de conhecimentos técnicos e científicos avançados e especializados, assim como para o desenvolvimento de competências no âmbito da área de especialidade em curso, salientando ainda, uma ambição de crescimento e desenvolvimento dentro da própria instituição.

2.1. Serviço de Urgência

Na unidade curricular “Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, proporcionou-se um estágio no serviço de urgência do referido centro hospitalar, no período compreendido entre 26 de abril de 2022 a 21 de julho de 2022, com uma carga horária total de 300h, sendo 180h de contacto.

Este SU, direcionado apenas à pessoa adulta, veio a demonstrar a oferta de inúmeras oportunidades de aprendizagem relativamente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, assim como uma

experiência inovadora e enriquecedora como principiante nesta prática clínica, neste tipo de serviço.

O Regulamento N.º 226/2018, de 16 de abril da OE (OE, 2018c), define na alínea f): urgências são todas as “*situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais*” e emergências “*são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”. De acordo com o Artigo 1º do Despacho Normativo N.º 11/2002 de 6 de março do Ministério da Saúde, os serviços de urgência são “*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*”. Este SU encontra-se em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana.

Segundo o Despacho N.º 10319/2014 de 11 agosto do Ministério da Saúde, existem três tipologias de serviços de urgências consoante os níveis de resposta, sendo este local de estágio um serviço de urgência de tipologia polivalente, ou seja, detém o “*nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência*”. Também de acordo com Despacho N.º 4835-A/2016 de 8 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, é obrigatória a utilização do sistema de triagem de Manchester, que está em vigor nesta instituição desde 2007.

Considero o local com um acolhimento humanizado desde a valorização do indivíduo em si e das suas necessidades, ao respeito pela sua cultura, dos seus valores e individualização dos cuidados. No entanto, quando surge um maior número de admissão de utentes num espaço de tempo menor, consequentemente o número de profissionais não corresponde à afluência; traduz uma menor otimização da relação interpessoal, do conforto no período de espera para observação médica, a permanência prolongada no SU e trabalho sobrecarregado nos profissionais de saúde.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio desta unidade curricular decorreu numa unidade de cuidados intensivos do referido centro hospitalar, no período compreendido entre 5 de setembro de 2022 a 16 de dezembro de 2022, com uma carga total de 750h de trabalho, sendo 360h de contexto prático e o restante de trabalho autónomo.

Por definição da *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM), no documento “*Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*”, redigido por Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011), as UCI têm como objetivo a abordagem à pessoa em situação crítica, onde é realizado, dentro da sua complexidade, monitorização contínua, suporte na falência multiorgânica e cuidados especializados em situações de doença aguda presente ou eminente e potencialmente reversível. São prestados cuidados de saúde diferenciados, nas diversas valências multidisciplinares e integrados de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com patologias médicas e cirúrgicas, cujo objetivo é abordar a pessoa como um todo e não uma abordagem fragmentada (Valentin, A. & Ferdinande, P., 2011; Paiva et al, 2017).

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011) caracteriza dois tipos de pessoa em situação crítica numa UCI: a que tem doença em fase agudizada ou em consequência de uma intervenção cirúrgica/médica que ameaça a vida ou a que apresenta efetivamente falência de pelo menos um dos sistemas orgânicos e que, contudo, se prevê uma possível recuperação. Neste segundo tipo excluem-se pessoa em situação crítica com doença terminal, embora hajam procedimentos consideráveis em situações de cuidados paliativos e incluem-se as situações de morte cerebral para doação de órgãos.

Os cuidados de enfermagem passam pelo conhecimento da situação da pessoa em situação crítica, de acordo com as suas competências manter os cuidados de suporte das funções vitais que se encontram em risco de falência e/ou em falência e dar resposta a todas as suas necessidades, assim como “*respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa*” de acordo com o Artigo 103º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) republicado na lei n.º 156/2015 de 16 de setembro anexada ao Decreto-Lei 104/98 de 21 de abril, pois “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*” (OMS, 1946).

O estágio dividiu-se em dois espaços físicos devido à existência de obras pelo que houve uma mudança de espaço, dentro da mesma instituição, no decorrer da prática clínica. Neste período de tempo inicial em que decorria o processo de obras de estrutura e alargamento do serviço, observei que a sala de espera encontrava-se inacessível. A entrada de profissionais e visitas era realizada na porta oposta das salas de acolhimento e administrativo prévias. A entrada do serviço situava-se num corredor de circulação de profissionais e utentes, apresentava uma porta de entrada devidamente identificada com o nome do serviço, janelas que permitiam a entrada de luz, cadeiras e uma caixa para colocação de inquéritos de satisfação a familiares. Observo um acolhimento adequadamente adaptado

dentro do limite das condições existentes, realizado na entrada do serviço onde é possível privacidade e o início da relação interpessoal entre familiares e profissionais de saúde.

Em contexto hospitalar, numa situação de recurso ao SU ou numa situação de visita a um familiar internado numa UCI, a forma como a pessoa vivencia esse momento pode provocar uma experiência negativa que influencia a sua resposta a nível emocional. Torna-se assim indispensável oferecer um acolhimento adequado à pessoa internada ou a quem visita. Apesar da ausência de condições físicas para realizar o acolhimento, o mesmo foi colmatado pela equipa de profissionais de saúde do serviço com sucesso, através da adaptação do espaço disponível neste período de tempo transitório, considerando que o acolhimento humanizado não depende apenas da infraestrutura hospitalar, mas também da disponibilidade, sensibilidade e das competências do enfermeiro na construção de uma relação terapêutica (Costa & Cambiriba, 2010; Soares et al, 2021).

Durante a relação enfermeiro – pessoa em situação crítica, são evidenciados diversos focos de cuidados de enfermagem, sendo um desses focos, os familiares. Neste processo dinâmico, torna-se imprescindível salientar a importância do envolvimento dos familiares ou da pessoa significativa na prestação de cuidados e envolvimento nas decisões clínicas. Torna-se bastante relevante na pessoa em situação crítica *“a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, (...) adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”*, num processo de parceria com os familiares (OE, 2001).

3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo encontra-se a descrição do percurso delineado e efetuado nos estágios e na prática profissional, de acordo com o respetivo contexto onde foram realizados os mesmos. As competências de enfermeiro especialista foram adquiridas e desenvolvidas durante prática clínica nos contextos de estágio no período de tempo estipulado, assim como ao longo de todo o contexto de exercício profissional. Competência, conceito que é descrito no Parecer N.º 10/2017 da OE, como um conjunto de *“saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos”*, permite compreender a essência deste percurso.

Acrescento ainda a importância do conhecimento técnico e científico na deteção, vigilância, decisão clínica e intervenção em pessoa crítica com necessidades de cuidados complexos em vista à sua *“estabilização, manutenção e recuperação”*, tal como é referido no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da OE (OE, 2018b). Enfermeiro especialista tem como definição no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (OE, 2019).

Nas alíneas 3.1, 3.2 e 3.3, irei descrever, refletir e analisar acerca das experiências e atividades que contribuíram para a minha aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e acerca das competências de mestre.

No âmbito da realização do relatório final, elaborei como objetivo geral para ambos estágios: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e respetivos familiares. Para dar resposta a este objetivo, encontra-se no Apêndice II – Projeto de Estágio, os objetivos específicos e as atividades planeadas que vão ao encontro das competências adquiridas.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Tal como descrito no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, as competências comuns de enfermeiro especialista vão ao encontro da capacidade de prestação

de cuidados de saúde diferenciados em resposta às complexidades das necessidades humanas a um nível avançado. Para obter um conjunto de conhecimentos e habilidades demonstráveis dignos deste âmbito académico, foi necessário concretizar uma ampla aprendizagem dos vastos domínios de intervenção e de desempenho (OE, 2019). Citando o Regulamento da OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, as competências comuns são:

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

Desta forma, nos próximos pontos, após ter sido primeiramente contextualizado o conjunto de atividades e processos de desenvolvimento realizados, encontram-se destacadas as competências de cada domínio de competências comuns contemplada no Regulamento da OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, estando em concordância implicitamente com as unidades de competência e os critérios de avaliação.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Após o exercício das atividades desenvolvidas houve a perceção da importância da realização de reflexões críticas e a necessidade de as intervenções de enfermagem serem avaliadas sistematicamente. Um enfermeiro especialista deve deter o conhecimento e competência, durante o seu exercício profissional, de promover uma tomada de decisão fundamentada, identificar problemas, planear resultados, adequar as suas decisões e promover reflexões dentro da equipa que integra e com a pessoa em situação crítica e familiares. Entende-se por deontologia o *“conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão”*, conceito definido em 2005 pelo Conselho Jurisdicional da OE no Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de dados (p.16), documento referente ao emitido no Decreto-Lei do n.º 104/98, de 21 de abril (estatuto da OE).

No processo de construção de uma tomada de decisão ética, é basilar que o enfermeiro tenha em consideração os fundamentos éticos, deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e socioculturais. Nos fundamentos éticos incluem-se os princípios

pertencentes à bioética, mas empregues em enfermagem como o respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e princípio da Justiça (Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro); os princípios pelo respeito pela dignidade humana, respeito pela vida e qualidade de vida, respeito pela pessoa, proteção da saúde das pessoas, respeito pelos valores da pessoa, aliviar o sofrimento humano e o princípio da confiança. (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro; Deodato, 2010). Os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros caracterizam-se pela “*responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade*”, uma responsabilidade profissional de ser enfermeiro; “*o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” e a “*excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais*” como uma procura por uma prestação de cuidados e agir ao patamar da perfeição (Artigo 99º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Nos fundamentos deontológicos incluem-se o dever de sigilo, dever de respeito pela intimidade e o dever de cuidado, como uma base para legitimar a ação (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro; Deodato, 2010). Estes fundamentos transmitem a noção de que é realizado um compromisso na dedicação ao cuidado do outro.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos está contemplado o valor da vida humana e a necessidade de reconhecer a sua dignidade. Destaco o Artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos “*todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*” e o número 1 do Artigo 25º “*tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica*”; que em consonância com a Constituição da República Portuguesa “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*” (número 1, Artigo 64º) e com o número 1 da Base 1, da Lei de Bases da Saúde “*o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social*” (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), permitem entender a importância inquestionável dos cuidados de saúde, o que implica a posse de conhecimentos de enfermagem na dimensão ético-deontológica, além de técnico-científicos, entre outros, para uma prestação dos cuidados de enfermagem ao Ser Humano.

Através de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares prévias ao contexto prático e durante os contextos de estágio foi possível desenvolver a minha prática de cuidados de enfermagem através da tomada de decisão ética de enfermagem fundamentada através da conceção de que tomada de decisão ética é um “*percurso que se impõe assumir, individual e coletivamente, considerando a dupla perspetiva do processo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem destinados as pessoas que deles carecem, na saúde*

ou da doença, assim como do desenvolvimento da Enfermagem” (Morgado et al, 2014, p.114). É imperativo dedicar a prática clínica ao estabelecimento de uma relação interpessoal entre enfermeiro e destinatário dos cuidados de enfermagem, tendo como base dessa relação, o respeito pela sua individualidade, pelos seus valores, princípios e crenças, privilegiando sempre a sua dignidade humana. A ética de Enfermagem consiste numa “*dimensão própria do conhecimento desta disciplina*” (Deodato, 2010, p.15) e constitui um “*espaço de práxis onde se desenvolve a ação e a tomada de decisão ética, baseada em princípios e valores profissionais (...), enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro*” (Morgado et al., 2014, p.116). Estes conceitos e estas reflexões permitem que, em situações complexas, na procura da melhor solução, sejam consideradas as soluções que reconhecem todos os fundamentos de acordo com os valores profissionais, princípios éticos e nos deveres deontológicos, permitindo assim um agir ético, ou seja, um suporte conceptual nas decisões a efetuar, com objetivo de uma melhoria da prática clínica. Sendo assim, estes problemas complexos com os quais nos deparamos na prática clínica deste âmbito, segundo Deodato (2010) são um “*problema ético de enfermagem, a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar*” (p.160), problemas estes que necessitam de reflexão e análise para uma intervenção de enfermagem fundamentada visto que “*decisão e ação – constituem objecto de responsabilidade do enfermeiro*” (p.16).

Na prática clínica, constitui-se impreterível atuar deontologicamente de acordo com os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, os direitos da pessoa no que concerne ao acesso à informação, sigilo profissional e respeito pelos seus princípios e valores assim como pelas suas crenças. Neste âmbito, em cada turno foram realizadas reflexões quando surgiam problemas éticos, e conduzida a tomada de decisão ética como Deodato (2010) explica através de fases: a decisão ética tem início na identificação do problema ético de enfermagem, seguido de um “*envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão*” (p.108), com a devida construção da decisão em equipa de enfermagem e multidisciplinar, com uma ponderação inicial e escolha posterior de fundamentos para um agir em conformidade, avaliado no final esta decisão-ação. Estas reflexões entre docente orientador, profissionais de enfermagem peritos e especialistas e eu enquanto mestranda, ajudaram para a obtenção de contributos para o meu percurso futuro através da partilha e dos tipos de tomada de decisão optadas.

No início de cada estágio foi realizado o objetivo de integração no contexto respetivo. Para tal, foi necessário conhecer a estrutura hospitalar e recursos, o espaço físico, o local de

armazenamento de material, utilização de equipamento, rotinas e dinâmicas. Neste processo inicial, foram consultadas as normas e protocolos afetos a cada serviço, assim com as atividades desempenhadas por grupos de formação. Após este foco inicial, foi desempenhada a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, onde atuei em conformidade com o CDE e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O meu agir enquanto enfermeira e mestranda foi ao encontro da defesa dos Direitos Humanos, do respeito pelo acesso à informação pelos clientes assim como da confidencialidade da mesma, do respeito pela privacidade, do respeito pelo direito de escolha e autodeterminação, como referido previamente, o respeito pela sua individualidade no que diz respeito aos seus valores, costumes e crenças, durante a minha prática de enfermagem nos contextos de SU e UCI. Tive o privilégio de me incluir em dois contextos de estágio onde este tipo de prática clínica se encontra enraizada, estando todos os profissionais ou a sua grande maioria sensibilizados para uma prática adequada e respeitante dos fundamentos descritos anteriormente. No entanto, no que respeita ao funcionamento organizacional e estrutural de um SU, vim a constatar a dificuldade sentida e verbalizada pelos profissionais de saúde quanto à manutenção de condições de privacidade. Para tal, durante a prestação de cuidados questioneei acerca da quantidade de biombos existentes a serem utilizados, principalmente a gestão destes em períodos de grande afluência de pessoas. Este número limitado provocou alguma apreensão, no entanto entendi que a equipa de enfermagem elabora estratégias que se adequam diariamente às necessidades, o que contribuiu de forma importante para a minha capacidade de gestão e intervenção de práticas redutoras de risco de pôr em causa o respeito pela intimidade da pessoa. A partir deste relato, ao longo do estágio, fui proativa na adaptação das condições existentes ao respeito da privacidade em cada circunstância.

Foi possível “*cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa*” (alínea a), Artigo 102º, CDE), mais notório no SU devido à afluência de pessoas, salvaguardando concomitantemente a proteção dos direitos humanos. Diariamente encontrou-se cumprido o dever de sigilo na prática clínica, Artigo 106º do CDE, e também na elaboração deste relatório e do projeto de estágio em contexto avaliativo conforme a alínea d) “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*”.

Compreendi, neste domínio, que existe literatura que suporta a tomada de decisão ética para o problema ético nesta profissão e disciplina que é Enfermagem, e quando assim não é possível, existe disponibilidade de aconselhamento ético-deontológico e jurídico em cada instituição de saúde, como o gabinete de Comissão de Ética para a Saúde (regulado

pelo Decreto-Lei N.º 80/2018, de 15 de outubro). Estas competências foram desenvolvidas nos contextos de estágio de SU e UCI, através de diversas reflexões fundamentadas e orientadoras da minha prática de cuidados, sempre em discussão com o professor orientador da unidade curricular, como com os enfermeiros tutores no contexto clínico.

Considero adquiridas e em constante desenvolvimento as competências seguintes deste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: *“desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* e *“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No decurso do exercício da profissão entende-se a importância da utilização de um instrumento metódico para uniformizar e direcionar os cuidados de enfermagem, como é o caso do processo de enfermagem. O processo de enfermagem é *“reconhecido como uma metodologia organizada, sistemática, dinâmica e universal para organizar e implementar os cuidados de enfermagem”*, um instrumento que configura a avaliação inicial, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções de enfermagem, execução das mesmas e por fim a avaliação final ou avaliação dos resultados de todo este processo (Cruchinho, 2009). Tendo este instrumento como base, o enfermeiro especialista consegue iniciar procedimentos que visam dar resposta às necessidades identificadas da pessoa em situação crítica e seus familiares, destinatários dos cuidados, de forma a garantir a melhoria e a qualidade destes cuidados prestados. De reforçar que na prática profissional, contextos de estágios e presente relatório, a terminologia utilizada foi usada de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, uma linguagem no domínio de enfermagem que tem como objetivo uma padronização de conceitos científicos através do modelo de sete eixos na versão 2 (foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente), com a finalidade de que *“envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica”*, obtendo assim um contributo significativo relativamente a dados de saúde uniformizados acerca do prestação de cuidados pelos enfermeiros (OE, 2011^a, p.13). Esta linguagem CIPE® encontra-se consistentemente presente nos Sistemas de Informação em Enfermagem em que tive acesso, pois tem como finalidade a monitorização de indicadores de qualidade, desenvolvimento de investigação e documentação da prática de enfermagem (cumprindo os critérios ético-legais) de forma a obter uma continuidade de

cuidados. Verifica-se que o uso deste instrumento, com o rigor científico a que esta profissão e disciplina obriga e com a complexidade que esta área de especialização assim lhe é inevitável, concluo que promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No SU e na UCI, tive contacto com um sistema de informação em enfermagem parcialmente diferentes do local do meu exercício profissional. Embora pertencentes à mesma instituição, estes sistemas de informação em enfermagem diferentes entre os dois locais de estágio, têm como foco a documentação rigorosa dos cuidados prestados, configurados na sua estruturação ao tipo de abordagem e complexidade, cingindo-se exclusivamente a registos na área de especialidade de pessoa em situação crítica. A UCI encontra-se em utilização recente (início em 2022) do instrumento BSIMPLE®, um software inovador dos registos de enfermagem e dos indicadores que é possível obter, pois permite, tendo em consideração as necessidades de uma UCI, um acesso simplificado à informação clínica da pessoa, a documentação de registos (processo de enfermagem) em linguagem CIPE®, inclusão de rotinas e ou procedimentos, verificação dos dados obtidos de equipamentos como seringas infusoras, monitores e ventiladores, entre outros. Esta plataforma de informação e registo a que tive contacto, promoveu aprendizagens e também uma reflexão acerca dos sistema de informação em enfermagem; estes devem disponibilizar uma plataforma digital e sigilosa com dados concretos e simples, que permitam dar continuidade à prática de cuidados de enfermagem, de forma a garantir cuidados de qualidade. A utilização do referencial teórico de Virginia Henderson permitiu enquadrar as 14 necessidades humanas fundamentais na minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, possibilitando assim uma sistematização e enquadramento de intervenções de enfermagem de acordo com o problema identificado ou o risco. Sendo que o objetivo fundamental é promover a independência da pessoa, durante a prática clínica é necessário entender que a pessoa apresenta uma globalidade de necessidades que necessitam de ser reconhecidas (Matos, 2012; McEwen & Wills 2014).

Na base 2 da Lei de Bases da Saúde, “*aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, (...) de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde*” (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), a qualidade de cuidados e a segurança do doente consiste numa componente prioritária e de elevada importância. Na aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, pesquisei e aprofundei bibliografia acerca da importância da qualidade de cuidados

e segurança do utente nos cuidados de saúde. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) a “*qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local*” (OE, 2001, p.6).

No contexto de estágio em UCI, foi-me concedido o privilégio de participar no grupo de trabalho das Consultas de Follow-up (CFU). Não detinha conhecimento prévio desta atividade na área da melhoria contínua da qualidade, pelo que foi uma partilha de conhecimentos que recebi com muito entusiasmo. As Consultas de Follow-up neste serviço são agilizadas por uma equipa médica e equipa de enfermeiros, sendo os destinatários todas as pessoas que tiveram um internamento em UCI superior a 3 dias, de forma a fazer um acompanhamento pós-alta e escutar o relato da experiência de forma a ser analisada para futuras ações de melhoria. A Consulta de Follow-up tem como objetivo avaliar a qualidade de vida após o impacto do internamento em UCI, fazendo o despiste de fatores físicos (por exemplo, fraqueza muscular, cansaço e disfunção sexual) ou fatores psicológicos, de forma a que a equipa consiga fazer o encaminhamento para as especialidades respetivas (Griffiths et al, 2004; Prinjha et al, 2009). Durante a permanência da pessoa em UCI, embora sedada e analgesiada, por vezes apresenta memórias distorcidas e incompreensíveis de momentos que vivenciou durante o internamento mas que não consegue explicar com base em factos; devido a esta incompreensão, corre assim o risco de desenvolvimento de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, pesadelos, alucinações, isolamento social, ansiedade e depressão, todas as condições que caracterizam a Síndrome Pós Cuidados Intensivos (Bäckman & Walther, 2000; Griffiths et al, 2004; Prinjha et al, 2009; Tavares et al, 2019). Como estratégia para evitar estas condições psicológicas, encontra-se descrito em literatura o uso de um diário para registo de memórias como fotografias, pensamentos, emoções, entre outros, de forma a atribuir significado empírico à recordação, efetuado pela própria pessoa em situação crítica, familiares ou mesmo pelos enfermeiros (Bäckman & Walther, 2000; Tavares et al, 2019).

Como referido anteriormente, as Consultas de Follow-up são consultas úteis que proporcionam uma assistência à pessoa após a ida para a comunidade, pois permitem identificar problemas e direcionar adequadamente para as especialidades médicas ou cuidados de enfermagem de forma a colmatar estes diagnósticos e providenciar qualidade de vida. Além deste propósito, é possível retirar dos dados obtidos nas consultas, informação relevante acerca da prestação de cuidados por parte da equipa multidisciplinar, sendo assim uma ferramenta importante para utilizar para a melhoria contínua da qualidade.

A recolha de informação é realizada por meio de um inquérito, preferencialmente presencial. Os inquéritos utilizados nas Consultas de Follow-up consistem primeiramente num instrumento elaborado pelo grupo de trabalho desta UCI cujas perguntas se relacionam com o serviço em si; seguida do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (*Short Form Health Survey 36 Item*); o EQ-5D, com 5 domínios de avaliação da saúde como mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão; *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)* com termos chave relacionados com a Perturbação de Stress Pós-Traumático; e por último *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, de forma a despistar a presença de ansiedade e depressão.

Estas consultas promovem uma satisfação da pessoa e sua família, uma melhoria na sua qualidade de vida, e promove desta forma uma sensibilização acerca dos cuidados de enfermagem e do papel do enfermeiro. Atualmente, o sucesso de uma UCI não se demonstra apenas na taxa de mortalidade nem nas complicações derivadas do internamento, mas também é considerado um foco de atenção a qualidade da pessoa após internamento em UCI (Griffiths et al, 2004).

Particpei ativamente nas consultas de follow-up, pesquisei literatura, tive acesso à base de dados onde pude analisar e refletir acerca do trabalho desenvolvido, após autorização dos responsáveis do grupo de trabalho. Esta oportunidade de poder escutar ativamente as pessoas e familiares a relatar de forma transparente pormenores acerca da sua vivência, conseguir promover uma resposta eficiente e em tempo útil aos problemas que relatam, desenvolver uma relação terapêutica, realizar uma entrevista informal às enfermeiras responsáveis pela agilização deste projeto, refletir entre pares sobre estratégias de melhoria no próprio espaço e na equipa com base nos dados recolhidos, foi uma experiência gratificante e exímia, que me permitiu adquirir diversas competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade e do autoconhecimento. Por questões ético-legais impôs-se a limitação em extrapolar dados, para não incorrer em conflito de interesses e quebrar o sigilo.

Além da participação na temática referida anteriormente, colaboro no preenchimento da escala de avaliação de risco de úlceras por pressão ou escala de *Braden* e da escala de avaliação de risco de queda ou escala de *Morse*. Ambas escalas, inseridas na plataforma digital do sistema de informação em enfermagem institucional, são instrumentos de avaliação validados pela Direção Geral de Saúde (DGS) nos documentos: Orientação da DGS N.º 017/2011 (DGS, 2011a) da e a Norma da DGS N.º 008/2019 (DGS, 2019b), respetivamente. O mesmo sistema de informação em enfermagem disponibiliza uma plataforma denominada HER+ (*Health Event & Risk management*), cujo objetivo consiste

no registo de incidentes de vários subtipos. Este registo é facultativo e individual, no entanto é promovido entre pares a adesão para ser possível com as notificações obtidas, reunir dados e implementar uma cultura de segurança. A Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho da União Europeia sobre a Segurança dos Pacientes, Incluindo a Prevenção e o Controlo De Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, refere a necessidade de implementação de “*sistemas generalizados de notificação e de formação*” para que seja possível “*determinar o grau e as causas dos eventos adversos para definir soluções e intervenções eficazes*”.

No estágio de UCI, verifiquei a rigidez da implementação dos protocolos de controlo de infeção e a introdução da pertinência da temática no cuidado à pessoa em situação crítica durante todo o meu acolhimento de forma sistematizada, que me permitiu ter uma grande panóplia de guias orientadores no início do percurso. Aprofundei conhecimentos e efetuei um resumo de todas as instruções de trabalho de forma a sistematizar no meu entendimento. Nesta UCI, o grupo de trabalho apresenta uma grande consistência de instruções de trabalho, com um trabalho distinto no que concerne as taxas de infeção registadas, cuja leitura destes relatórios promoveu uma excelente discussão e reflexão entre mestrandos e enfermeiro tutor.

A correta identificação da pessoa é um aspeto crucial para a segurança da pessoa destinatária de cuidados. Verifiquei em ambos locais de estágio, que são utilizadas estratégias corretas de identificação da pessoa para evitar o erro, nomeadamente, a utilização de pulseira de identificação com pelo menos dois identificativos (com nome e data de nascimento) por ser uma ferramenta de fácil acesso e visualização (DGS, 2011b; OMS, 2007; OMS, 2021). Nomeadamente no SU, é realizada a verificação positiva da identidade na pessoa consciente e orientada, na área de triagem ou previamente à realização de procedimentos e/ou exames complementares de diagnóstico, cumprindo assim práticas condutoras da segurança de cuidados (Almeida, 2016).

Destaco a pertinência do sistema GRICODE®, uma ferramenta de identificação da pessoa, em que se realiza a verificação da identidade através de códigos de barras em diferentes etapas. Estes códigos de barras encontram-se em etiquetas no pedido de sangue assim como na colheita da amostra para estudos pré-transfusionais, que é enviado ao serviço de sangue e iniciado processo de envio dos componentes sanguíneos. A verificação prévia à administração inicia-se com a validação da identidade com a verificação dos dados da pulseira e/ou com o próprio utente (se consciente e orientado), seguida de verificação com o aparelho eletrónico com os códigos de barras que estão presentes numa pulseira de identificação GRICODE® e no saco da transfusão, o que permite diminuir o erro (Almeida, 2016). Este tipo de ferramenta considero ser útil na minimização de erros e na prestação de

cuidados seguros, tendo sempre em consideração a norma de Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto, da DGS (2012b).

Afirmo, com o texto exposto, que foram adquiridas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: *“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro”*.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Relativamente ao meu percurso profissional, encontro-me à data presente do percurso académico com vista a obtenção de título de enfermeira especialista e mestre, a exercer enfermagem há quatro anos num serviço de medicina interna e com recurso à prestação de serviços na área de enfermagem pessoa em situação crítica nomeadamente uma UCI, durante estes anos de exercício. Ao longo deste percurso, reconheço o início de um processo de mudança e busca de desenvolvimento pessoal e profissional, uma procura de ferramentas para melhorar a prestação de cuidados, providenciar um ambiente seguro, assim como uma melhor compreensão das responsabilidades, deveres e necessidades inerentes a um contexto clínico indo favoravelmente ao encontro do aperfeiçoamento profissional. Cada vez mais me encontro alerta em relação às necessidades do serviço, agindo em colaboração nas decisões com a equipa de coordenação, como na apresentação de sugestões de melhoria (por exemplo, horário de visitas aos familiares, articulação com os profissionais de saúde dos grupos de trabalho na identificação de problemas como necessidades de formação em Suporte Avançado de Vida). Desde há cerca de dois anos que sou elemento responsável de turno, com encargo de liderança da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais e de agilizar todas as necessidades próprias à gestão de um serviço durante a ausência do enfermeiro gestor e dos enfermeiros coordenadores, os quais só se encontram presentes nos turnos da manhã em dias úteis. Durante esta função enquanto responsável de turno, está implícito o processo de planeamento, organização, coordenação e supervisão, que fui aprendendo e desenvolvendo com a experiência. À data presente, favoreço a otimização do trabalho em equipa envolvendo a mesma nas tomadas de decisão pertinentes, otimização de um ambiente favorável em equipa e a organização adequada do turno tendo em conta as competências/habilidades, os conhecimentos e funções de cada um dos elementos presentes. O mérito deste desenvolvimento profissional deveu-se a uma orientação de enfermeiros

chefes de equipa e especialistas nos diferentes contextos e à sua gestão das problemáticas encontradas. Em situações pontuais é realizada articulação com a coordenação hospitalar, respeitando a alínea b) do Artigo 104º do CDE *“orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”*. A tomada de decisão consiste num *“ato (ou os atos) a realizar, sendo que estas ações consubstanciam intervenções de enfermagem, uma vez que são realizados no seio de uma relação de cuidado de natureza profissional”* segundo Deodato (2010), que ainda acrescenta que *“o enfermeiro realiza a atividade mental de escolher, entre as diversas possibilidades de agir, qual (ou quais) ação vai realizar”* (p.190-191). A tomada de decisão, além de ser desenvolvida na prática profissional, foi desenvolvida nos contextos de estágio em diversos contextos da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, onde *a posteriori* foi possível refletir e fundamentar com o contributo dos enfermeiros especialistas e peritos.

A equipa de assistentes operacionais articula-se com a equipa de enfermagem sob supervisão das tarefas delegadas e/ou como auxílio inequívoco nas restantes necessidades de gestão de recursos do serviço, sempre de forma a *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”* (alínea e), Artigo 109º do CDE. Estas tarefas, supervisionadas durante todo o turno, são delegadas *“em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”* enunciado no Artigo 10º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – aprovado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, sendo uma das responsabilidades acrescentadas na gestão do turno e na otimização do trabalho em equipa. Aplicar a legislação atual e a realização de procedimentos normativos é imprescindível para uma prestação de cuidados de qualidade.

Em termos práticos no meu exercício profissional, a capacidade de liderança dos elementos da equipa multidisciplinar e a adaptação/gestão abrange: situações transitórias como a necessidade de mobilizar camas de forma a acolher pessoas do SU, gestão de camas como estratégia de providenciar distanciamento seguro para diminuir infeções cruzadas; assim como situações inerentes ao turno como gestão de altas, gestão de afluência de acolhimentos ao serviço (pessoas/familiares), gestão de limpeza e desinfeção de unidades, gestão de recursos materiais, gestão de envio de produtos biológicos inter-hospitalar, gestão de transportes inter-hospitalares, entre outras, que suportam o objetivo de promover e otimizar um ambiente seguro e funcional e uma prestação de cuidados de excelência. Esta

exigência pelos cuidados de qualidade que dedico no meu turno em colaboração com a equipa, implica garantir todas as condições necessárias, assim como assegurar o dever de “*analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*” e “*procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa*” alínea b), Artigo 109º do CDE, um paradigma orientador da prática clínica.

Além da prática profissional, os dois estágios em contextos diferentes promoveram uma reflexão acerca de uma gestão de cuidados eficaz, em equipas desiguais em número de elementos, em dois serviços distintos na sua forma de abordagem, no entanto com metodologia de trabalho semelhante. Após pesquisa bibliográfica, verifica-se descrito de acordo com a PQCE, a necessidade de “*utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade*” (OE, 2001, p.18). Segundo Ventura-Silva et al. (2021), destacam-se quatro métodos de trabalho em enfermagem, o funcional ou por tarefas, individual, em equipa e enfermeiro responsável. A metodologia evidenciada em ambos contextos de estágio, a de trabalho em equipa, demonstrou em contexto prático a distribuição (ora por área de cuidados em SU ora por complexidade da pessoa em situação crítica na UCI) de cada elemento da equipa de enfermagem consoante as suas competências, habilidades profissionais diferenciadas e/ou capacidade de atuação face à exigência dos cuidados em causa. O chefe de equipa gere a equipa, reconhecendo em cada elemento as suas qualificações, de forma a que se garanta uma resposta adequada e segura de acordo com as necessidades de cuidados dos utentes de que são responsáveis ou de acordo com o estadió de aprendizagem desse elemento. O enfermeiro chefe de equipa em questão é, portanto, considerado um perito, um enfermeiro que “*tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*”, segundo Benner (2001, p. 58, citado por Pinto, 2015, p.22).

Além da gestão e otimização da distribuição de cada elemento da equipa de saúde em relação à prestação de cuidados da pessoa em situação crítica, tive o privilégio de acompanhar o enfermeiro orientador durante as suas funções enquanto enfermeiro gestor e coordenador, o que permitiu adquirir diversos conhecimentos e reflexões.

No início de cada turno em UCI decorre a passagem de turno entre enfermeiros chefes de equipa e segundos elementos da respetiva equipa, com a presença do enfermeiro gestor e enfermeiros coordenadores. Simultaneamente, sucede-se a passagem de turno entre os enfermeiros prestadores de cuidados diretos, nas salas, junto da pessoa em situação crítica

pela qual é responsável. Tive a oportunidade de estar presente nas duas circunstâncias de passagem de turno, ora entre chefes de equipa ora junto dos enfermeiros de sala, o que me permitiu analisar enquanto enfermeira especialista, pontos fundamentais a ter em consideração na gestão de cuidados de cada turno, assim como a verdadeira importância da transmissão de informação. Durante a passagem de turnos entre enfermeiros chefes de equipa, estes pontos fundamentais centram-se, em primeiro lugar, em abordar o plano de cuidados de enfermagem individual de cada pessoa internada na UCI, o qual conduzia a uma discussão e análise entre os elementos presentes acerca da melhoria de cuidados ou necessidades adicionais para o turno seguinte; posteriormente eram comunicadas situações como a ocupação das salas (vagas), as transferências programadas entre serviços, deslocações pendentes da pessoa em situação crítica para os locais de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, pedidos de manutenção e limpeza, pedidos de recursos materiais, verificação concomitante do processo de cuidados no sistema de informação em enfermagem se se encontrava em conformidade, entre outras necessidades do serviço. Estes elementos não são responsáveis por cuidar de nenhuma pessoa em situação crítica, no entanto, têm como função a gestão do serviço, a otimização e organização da equipa de saúde durante o turno, que de acordo com o tipo de complexidade existente neste serviço, a comunicação eficaz entre pares, raciocínio clínico e desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão é fundamental para manutenção de qualidade dos cuidados; daí ser consistente a presença de uma característica em comum que é ser enfermeiro perito, além de especialista. Na passagem de turno entre os enfermeiros prestadores de cuidados diretos, nas salas, junto da pessoa em situação crítica, constatei que era realizada uma transmissão de informação segundo a técnica ISBAR. A DGS em 2017 emitiu a Norma nº 001/2017 acerca da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, que refere que para garantir a segurança do utente, a transição de cuidados e a comunicação eficaz de informações entre prestadores de cuidados deve ser realizada consoante a técnica ISBAR, além de se apresentar informação escrita de forma clara e perceptível. No mesmo documento define segurança do doente como a *“redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”* (p.4), daí o motivo de implementação da técnica ISBAR que a DGS (2017) define como uma *“ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados”* (p.4). Ou seja, este instrumento a ser utilizado na transição de cuidados, consiste num método de comunicação padronizado a nível mundial que visa diminuir falhas de informação e ocorrência de eventos adversos. ISBAR consiste na

mnemónica: I – Identificação da pessoa; S – Situação atual ou descrição do motivo de necessidades de cuidados; B – Antecedentes pessoais; A – Avaliação ou informações sobre a situação clínica, diagnósticos de enfermagem, terapêutica prescrita, intervenções de enfermagem ou procedimentos, entre outras informações; e R – Recomendações ou plano terapêutico da pessoa relativamente (DGS, 2017; Figueiredo et al., 2020). Esta ferramenta requer treino para um uso correto, mas é de uso multidisciplinar, melhora a qualidade de informação transmitida e é uma vantagem para os profissionais de saúde devido à clareza com que se transmite e recebe a informação (Figueiredo et al., 2020).

Em ambos os estágios para avaliação da pessoa em situação crítica e a sua monitorização de instabilidade, apenas em situações pontuais como eCPR e emergências no SU, foi utilizada a abordagem ABCDE, o que permite abordar consoante prioridades, e atuar consoante o problema detetado. A abordagem ABCDE consiste numa mnemónica para avaliação primária da pessoa, fundamental para reconhecer e intervir precocemente, em que A – *Airway* ou via aérea, onde se garante uma via aérea permeável mediado através de uma desobstrução manual, adjuvantes básicos ou dispositivos laríngeos ou endotraqueais; B – *Breathing* ou respiração onde se monitoriza, administra oxigénio e se executa uma ventilação assistida ou mecânica; C – *Circulation* ou circulação, realiza-se uma avaliação mais precisa dos restantes sinais vitais e intervenção em conformidade, controlo de hemorragias externas, obtenção de uma via periférica endovenosa permeável, entre outras intervenções pertinentes consoante o problema identificado; D – *Disability* ou disfunção neurológica, onde se avalia o nível de consciência e o despiste de fatores que influenciam a alteração deste; E – *Exposure* ou exposição, onde se corrige a hipotermia ou outras situações que coloquem a pessoa em risco de vida (INEM, 2019, p.27-29).

O acompanhamento e participação no domínio da gestão realizada por enfermeiros responsáveis e peritos na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica em UCI, permitiu uma reflexão e aquisição de conhecimentos acerca de todo o *modus operandi* dedicado à gestão da equipa de saúde e das tomadas de decisão que garantem segurança, qualidade, rentabilização e adequação de cuidados e recursos, tendo sido uma aprendizagem distinta.

Considero adquiridas as competências deste domínio da gestão dos cuidados: “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*”.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No CDE, encontramos no Artigo 99º os valores universais em particular “*competência e aperfeiçoamento profissional*”, como valores a refletir. A ambição de realizar este presente curso de Mestrado em Enfermagem teve, de início, o objetivo de obter um aperfeiçoamento profissional, através da procura de formação e conhecimentos fundamentados para progredir ao longo de todo o exercício profissional.

Durante o meu percurso enquanto enfermeira de cuidados gerais, senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos e de aprender novas ferramentas que impulsionassem o meu crescimento e desenvolvimento para uma melhoria da minha prática de cuidados, de forma fundamentada. No início das práticas clínicas em cada um dos contextos de estágio, admiti uma perceção dos meus próprios limites profissionais no contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Esta consciência de limitações e dificuldades, facilitou-me a identificar próximos processos de construção e desenvolvimento individual enquanto enfermeira especialista em médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. Aprendi com estas vivências, a importância do estabelecimento sólido de relação multiprofissional e terapêutica, a gestão da minha postura face a limitações e gestão de emoções que foram surgindo durante a prática, de forma a definir qual o melhor caminho a optar no decorrer do estágio e prática profissional. Salvaguardo que durante a prática clínica em UCI, tive a oportunidade de me desenvolver a nível de conhecimentos técnico-científicos assim como um desenvolvimento enquanto pessoa. Deve-se ao facto de ter realizado a prática clínica em colaboração com outros enfermeiros peritos, especialistas e pontualmente com não especialistas mas sob observação e supervisão, sempre que o enfermeiro tutor colaborava na gestão e coordenação do serviço, o que me permitiu diferentes perspetivas e saberes no cuidar da pessoa em situação crítica mas que cumpriam inequivocamente a prática de cuidados de qualidade. Método contrastante com o SU, que em parceria com o enfermeiro tutor, percorremos as áreas diferenciadas do SU (salas de observação, balcão de macas mas maioritariamente salas de emergência), uniformizando a minha orientação e desenvolvimento enquanto especialista com os contributos da sua experiência profissional, competências e conhecimentos abrangentes. Foi possível amadurecer a minha capacidade de adaptação a ambientes distintos e cuidados de enfermagem parcialmente dissemelhantes da minha prática profissional e, com grande entusiasmo, afirmo uma integração eficaz e de sucesso numa equipa vasta e diferenciada.

Na sua tese de mestrado, Garcia (2008) entende que inteligência emocional “*é conceptualizada como a aquisição de habilidades práticas*” (p.14), um autoconhecimento que “*compreende a autoconsciência (...) o controlo emocional (regular a manifestação de uma emoção e/ou modificar um estado anímico e sua exteriorização); e a capacidade de motivar-se e motivar os outros*” (p.14). O autor também refere que “*a autenticidade representa outro traço da inteligência emocional. É a capacidade de um indivíduo conhecer, expressar e ser sincero acerca dos seus sentimentos*” (p.53). Esta capacidade de encarar as emoções que cada vivência despoleta, produto da interação entre o enfermeiro e o que o rodeia como o ambiente e as pessoas, a capacidade de pensar sobre si próprio e compreender os sentimentos que vão surgindo, permite desenvolver capacidades de aquisição de competência emocional pois cada experiência é útil para um desenvolvimento pessoal e profissional. Competência emocional para Garcia (2008) é “*um fator definido pela capacidade para compreender profundamente as emoções da própria pessoa, assim como as qualidades, as limitações, os valores e a motivação*” (p.123), o que permite entender como uma competência em constante melhoria e desenvolvimento no meu percurso.

A autoconsciência das minhas lacunas, consistiram num desenvolvimento: questioneei se o que pensava conhecer até então era construído com base em conhecimento científico. Reconheci que questiono de acordo com os meus conhecimentos de prática clínica, quais são os conhecimentos mais seguros e competentes que posso assegurar na minha prestação de cuidados. Neste processo de desenvolvimento, atualmente existe uma adaptação ao estádio: a aquisição de competências de forma estruturada e de forma sempre contínua, alicerçadas à experiência profissional. Uma autoperceção de lacunas pessoais como profissionais que com a assertividade em conjunto, me possibilitou atingir os meus objetivos.

No decurso do meu desenvolvimento em estágio, tanto em SU como UCI, evidencio a importância da existência de ambientes com práticas seguras e propícios à aprendizagem e práticas clínicas especializadas e baseadas em evidência científica. A participação e a observação sob análise da articulação dos profissionais de saúde envolvidos em cada circunstância, a gestão de cuidados de cada profissional especialista e não especialista, assim como a otimização das respostas de enfermagem em cada contexto, consistiram num enriquecimento pessoal e profissional, pois influenciou a introdução de um novo olhar sobre dinâmicas, conhecimentos e práticas realizadas.

Identifico um processo de autoconsciência importante em ambos contextos de estágio, determinante para o meu percurso incessante académico e profissional. Conheci as

ferramentas que são necessárias para investigar sobre o conhecimento científico, a teoria a aplicar na minha prática clínica e a importância da experiência profissional, para mobilizar os conhecimentos de forma fundamentada. Em colaboração com a equipa de enfermagem que integrei, desenvolvi além da segurança na minha prestação de cuidados, a responsabilidade. A responsabilidade de promover e proporcionar um cuidado de enfermagem diferenciado enquanto enfermeira prestadora de cuidados, minimizando quaisquer lacunas identificadas. A responsabilidade e o compromisso de assumir um papel de enfermeira especialista.

A reflexão crítica surge como uma ferramenta no desenvolvimento enquanto enfermeiro especialista, devido a ter como objetivo a análise de vivências e como essa experiência contribuiu para a aquisição de habilidades e competências. Trata-se uma reflexão autónoma e distinta resultante da interpretação de experiências ocorridas em contexto de estágio, que contribui para uma melhoria na qualidade de cuidados e competências do enfermeiro.

Os momentos de reflexão individual ou em colaboração, foram propícios à minha aprendizagem, que sendo de forma inicial, impulsionou-me a procurar estratégias e otimizar a minha postura durante o exercício profissional e prática clínica em contexto de estágios, que me irá encaminhar para uma profissional mais autoconsciente, com capacidade de adaptação, segurança, confiança e responsabilidade sobre o meu agir. Trata-se de uma construção de identidade profissional fundamental para o meu percurso, o qual foi necessário este percurso para a conseguir projetar.

Tendo em conta o primeiro capítulo, considero ter desenvolvido as competências de investigação, onde adquiri ferramentas essenciais para continuar a pôr em prática no futuro e surgiu o interesse neste domínio, anteriormente inexistente.

No meu local de prática profissional, consigo perceber que ao longo do curso de mestrado em enfermagem, iniciei a aquisição de um perfil de conhecimentos em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, que me permite ter um papel de relevo para a minha equipa em assuntos deste âmbito nas diversas discussões reflexivas que surgem. Desta forma tem sido possível, até ao limite do meu conhecimento, promover disseminação de conhecimento científico e também legal e ético-deontológico que detenho, e o que não detenho ainda, através das ferramentas adquiridas, consigo executar uma pesquisa de conhecimento científico existente e adequar consoante o nível de evidência científica. Este tipo de abordagem foi apenas iniciado e desenvolvido durante este percurso,

o que me permitiu desenvolver tanto a nível pessoal como a nível profissional, permitindo assim alcançar o meu objetivo de otimizar uma prestação de cuidados seguros.

A realização de reflexões críticas através do Ciclo Reflexivo de Gibbs foram parte importante para o meu desenvolvimento em contextos de estágio, tendo como base o conhecimento de que o uso de portfólio permite ilustrar um “*«crescimento» dos estudantes, o processo e o produto da aprendizagem e a capacidade de resolver problemas, para além de possibilitar a análise das vivências diárias dos estudantes (atitudes e valores)*”, e que possibilita uma adaptação em “*qualquer área disciplinar e nível de ensino*” (Melo & Freitas, 2006, p.64). O portfólio apresenta-se como um método de desenvolver aprendizagens através da sistematização de conteúdos, análise de conteúdo, seleção de informação e desenvolvimento da própria responsabilidade na aquisição de conhecimentos, transpondo na prática. Foi possível desenvolver uma capacidade de adaptação a um serviço distinto do local onde exerço funções, onde adquiri de forma proativa conhecimentos e instrumentos para uma prática de cuidados de qualidade nesta especialidade no futuro próximo.

Desta forma, considero que foram adquiridas as competências deste domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” e “*baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*”.

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o Regulamento da OE n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018b), as competências específicas do enfermeiro especialista consistem num conjunto de competências especializadas onde são desenvolvidos conhecimentos técnico-científicos avançados e diferenciados, baseados na melhor evidência científica, com vista a qualidade nos cuidados de enfermagem praticados na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. As competências específicas são competências “*que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas*” (OE, 2019) Vão ao encontro da capacidade de atender às diversas complexidades da pessoa em situação crítica, e para tal, foi necessário consolidar uma ampla aprendizagem e aplicação da mesma, devidamente fundamentada com rigor científico.

Nos próximos subcapítulos encontram-se a descrição de experiências e atividades desenvolvidas para aquisição de competências, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento da OE n.º 429/2018 de 16 de julho).

3.2.1. Competência: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O SU onde foi realizado o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, integra o Sistema Integrado de Emergência Médica, um sistema que detém responsabilidades ao nível da atuação pré-hospitalar e hospitalar, nomeadamente na “*estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade*” dos serviços de urgência. Em concordância com o Despacho N.º 10319/2014, de 11 de agosto do Ministério da Saúde, este SU consiste num sistema de urgência que “*tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes*”. Na alínea c) do Artigo 21º do Despacho mencionado, relativamente aos recursos humanos e formação na prestação de cuidados diferenciados em SU, estes serviços devem ser dotados de enfermeiros providos de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela OE. De salientar que o “*saber profissional de enfermagem é um saber de ação que não se resume à execução de um conjunto de atividades ou procedimentos, mas sim, à capacidade de adaptar a conduta à situação complexa*”, mas só é possível concretizar a partir dos “*seus conhecimentos, habilidades, atitudes e gestão dos recursos inerentes ao perfil de competências do título profissional que lhe foi atribuído e para as funções para as quais mantém uma relação jurídica de emprego*”, esclarecido no Parecer n.º 10/2017 da OE.

No decorrer do estágio no SU, experienciei uma situação no serviço de urgência, em colaboração com o tutor, na qual mereceu uma melhor reflexão. Para prestação de más notícias foi realizada uma discussão e análise com a equipa multidisciplinar presente, nomeadamente uma médica, enfermeiro especialista chefe de equipa e enfermeiro tutor, acerca de como prestar informações de tamanha sensibilidade aos familiares, devido à falta de local adequado. Após a reunião entre equipa, decidiu-se em transmitir a notícia aos familiares dentro da sala de reanimação onde é possível haver privacidade e dispor de um ambiente calmo e silencioso. Nesta continuidade, os enfermeiros especialistas pediram colaboração da equipa de psiquiatria presente, cumprindo o disposto no Artigo 112º, alínea b) do CDE “*trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde*”, de forma a

atingir objetivos em comum, que é o cuidado psicoemocional e espiritual à família. Este foco de cuidados de enfermagem, a família, que devido ao processamento de informação, reação à perda, e manifestações de uma situação inesperada neste sistema familiar, a minha postura e dos enfermeiros presentes passou por fazer cumprir o Artigo 108º do CDE “*respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas (...) pela família ou pessoas que lhe sejam próximas*”.

Constatei o sentimento de responsabilidade dos enfermeiros presentes, que se ocuparam de agilizar todo o processo. Senti que se tornou um momento importante pela oportunidade de aprendizagem de gestão de emoções, assim como a oportunidade de adquirir conhecimento e competências, nomeadamente o critério de avaliação “1.6.2 – *demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto*” do Regulamento da OE N.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018b). Constatei nestes enfermeiros uma demonstração de segurança nos seus conhecimentos, confiança enquanto profissionais especialistas dotados de competências, perseverança e compaixão ao realizar de tais cuidados humanizados. Para uma melhor interpretação dos critérios legais e ético-deontológicos subentendidos nesta situação, executei uma pesquisa para melhorar os meus conhecimentos e posteriormente adequar no contexto profissional. O médico é o profissional de saúde que certifica a morte (número 1 do Artigo 3º, lei N.º 141/99, de 28 de agosto), pelo que a responsabilidade de comunicação da morte é de âmbito médico; no entanto segundo o Parecer CJ 295/2011 da OE (OE, 2011b), o enfermeiro pode ter delegada esta responsabilidade se for um elemento de referência para a família e/ou tiver competências na comunicação de más notícias. Nesta situação, a comunicação de más-notícias foi feita com o enfermeiro orientador e a médica assistente que certificou o óbito.

Evidenciou-se uma enorme capacidade de adaptação e gestão dos recursos disponíveis, enquanto enfermeiros especialistas e peritos. Enquanto mestranda, foi possível reunir informação e analisar o momento, consolidar conhecimentos, observar o planeamento e intervenções efetuadas de acordo com o problema identificado, de dois enfermeiros especialistas. Esta vivência, contribuiu para a minha participação diferenciada no futuro, nomeando particularmente a unidade de competência “*assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (OE, 2018b).

Ao longo do percurso profissional consegui ir desenvolvendo competências no estabelecimento de relação terapêutica com família/cuidadores que segundo o PQCE a relação terapêutica “*carateriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito*

pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”, no entanto, no contexto de pessoa em situação crítica, o cenário dissemelha-se e tornou-se um desafio (OE, 2001, p.10). Em UCI, local onde dediquei mais horas do meu percurso acadêmico e área de especialidade de ambição, tive diversas experiências nas quais tive a oportunidade de aprimorar ou identificar lacunas acerca da minha intervenção enquanto enfermeira candidata ao título de especialista e mestre, na área de especialização em pessoa em situação crítica.

Colaborei sempre que assim surgia, no acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica, tanto no primeiro acolhimento que tem a sua particularidade, como em visitas frequentes. A minha colaboração potenciou o meu envolvimento e à medida que ia adquirindo mais confiança nas minhas competências, estabelecia uma relação terapêutica com os familiares em parceria com o enfermeiro especialista do turno. Estas competências que fui adquirindo consistiram na comunicação terapêutica, que segundo Coelho (2015), na sua tese de doutoramento *“comunicação terapêutica é, neste contexto, uma comunicação de âmbito profissional, havendo por isso limites à sua utilização, ou seja, limites adequados que facilitem a obtenção de resultados”* (p.95), defende que deve haver *“formações a diferentes níveis, no sentido de que habilidades comunicacionais sejam adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida profissional, proporcionando ao enfermeiro uma maior competência comunicativa”* e assim desenvolvemos com eficácia a comunicação terapêutica *“que vai garantir a efetivação de uma verdadeira relação de cuidado, que será uma relação terapêutica na qual a confiança é o aspeto central”* (p.95). Virginia Henderson descreve como uma necessidade humana fundamental *“comunicar com outros expressando as suas necessidades e sentimentos”*, uma necessidade por vezes comprometida na pessoa em situação crítica, que merece a melhor atenção do enfermeiro (Henderson, 2004, citado por Matos, 2012, p.26). A comunicação terapêutica é uma habilidade que irei desenvolver ao longo do percurso profissional, mas através de ferramentas como as técnicas de comunicação eficazes, o meu desenvolvimento será mais fundamentado. Coelho (2015), refere que existem duas formas de comunicação: verbal e não verbal. Na comunicação não verbal, refere elementos como o *toque terapêutico*, a *distância* consoante o tipo de relação estabelecida, *posições físicas* que demonstram a acolhimento ou descontração, o *contacto visual* que *“permite igualmente colher dados sobre o estado atual do utente e devolver-lhe de modo não-verbal informações sobre o seu estado mas também a apreciação do seu valor pessoal”*, a *escuta ativa* que exige disponibilidade, o *silêncio* como um tipo comunicação construtiva no sentido de leitura de outros elementos não verbais (p.81-88). Estas formas de comunicação descritas anteriormente, eram intrínsecas à minha postura, no entanto, não

possuía suporte bibliográfico nem percepção dos conceitos. Durante a visita de familiares e na relação terapêutica com a própria pessoa que carece de cuidados, fui tendo particular atenção a qualquer elemento que pudesse promover esta mesma relação. Além do mais, na comunicação verbal, tive em o cuidado de me demonstrar disponível para qualquer pergunta por parte do familiar/cuidador, salvaguardando interpretações indesejadas. Para as informações serem compreensivas foi utilizada uma linguagem clara, adaptada e objetiva, pois “*os profissionais de enfermagem ao interagir com os familiares de pacientes em UTI devem evitar o uso de termos técnicos, possibilitando o entendimento das informações disponibilizadas*” (Rezende, 2014, p.89). Foi antecipada a informação da presença de tecnologia como os equipamentos e alarmes, com intuito de diminuir o impacto de conotação negativa ao entrar num ambiente com esta complexidade de dispositivos. Este tipo de comunicação terapêutica foi desenvolvido ao longo do percurso de estágios, embora continue a ser um desafio no exercício profissional que prevejo como rumo, pois reconheço as dificuldades de gerir de uma comunicação que fomente a relação terapêutica. Consiste num tema de estudo pertinente, nomeadamente no contexto de pessoa em situação crítica, uma situação complexa, que muitas vezes coloca o familiar num processo de gestão emocional, em que uma comunicação terapêutica devidamente treinada e executada, atenua prováveis experiências negativas.

A acrescentar como aprendizagem enquanto mestranda em estágio na UCI, observei que este serviço privilegia a relação terapêutica entre equipa de enfermagem e família/cuidador, além da primordial enfermeiro e pessoa em situação crítica. Neste sentido, detêm um grupo de trabalho acerca da satisfação familiar, onde é realizada a entrega de um inquérito com grande adesão por parte da equipa de enfermagem, inquérito baseado na escala apresentada na dissertação de mestrado Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey* para a população portuguesa (Botelho, 2017). Realizei uma entrevista informal à enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, responsável pela agilização deste projeto em progresso desde o início de 2022, o qual me cativou; considerei aliciante, relevante para a minha aprendizagem e um de muitos projetos deste serviço que promove um enaltecimento devido aos ganhos em qualidade.

Tendo em conta o tema da scoping review do capítulo 1, foi de especial interesse a minha leitura, participação ou observação de implementação de protocolos terapêuticos no que concerne à extubação planeada de um doente. Na pesquisa e leitura dos protocolos terapêuticos desta UCI, sobressaiu um protocolo de monitorização da extubação não planeada, mas não surgiu, felizmente, nenhuma situação de auto-extubação. Assim sendo,

estando num serviço especializado na gestão de doentes com tubo endotraqueal e sob ventilação mecânica invasiva, surgiram algumas oportunidades de aprendizagem no momento de extubação planeada. A ventilação mecânica invasiva consiste num suporte ventilatório efetuado através de uma máquina, o “ventilador”, que substitui de forma total ou parcial a ventilação da pessoa, com a finalidade de promover trocas gasosas eficazes e manter a função vital, que sucede em situações como insuficiência respiratória agudizada ou crónica agudizada, entre outras. É mediado por um tubo endotraqueal, conectado a este equipamento, sob monitorização especializada e constante de uma equipa multidisciplinar (Carvalho et al, 2007; Santos et al, 2019). Durante estes momentos de aprendizagem, tive a oportunidade de mobilizar e adquirir novos conhecimentos que só seriam possíveis em contexto prático, acerca da interpretação dos valores gasimétricos em função da parametrização do ventilador e das modalidades ventilatórias e a resposta da pessoa em função dos ajustes, considerando sempre a presença de uma doença de base que motivou a ventilação mecânica invasiva.

Destaco uma vivência em que colaborei com o enfermeiro tutor e com uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na qual houve uma pessoa com critérios de exteriorização do tubo endotraqueal de forma programada, ou seja, extubação planeada. Então neste momento de extubação planeada da pessoa em situação crítica, verificou-se a presença necessária de enfermeiros especialistas com esta dimensão diferenciada, em que procederam à identificação de necessidades da pessoa, planeamento de planos de intervenção, implementação destas intervenções planeadas e avaliação dos resultados. Foram mobilizados os conhecimentos avançados e competências especializadas no decorrer deste momento complexo, da própria transição da pessoa em situação crítica, de forma fundamentada e segura.

Saliento a aplicação em tempo real das habilidades e capacidades de cada enfermeiro, começando no estabelecimento de uma relação terapêutica adequada e uma comunicação eficaz, e não menos importante, incentivando a participação ativa da pessoa. Esta vivência foi relevante na minha formação pessoal como profissional, pois implicou a mobilização de conhecimentos teóricos em contexto prático e também a adequação das competências de enfermeiro especialista em contexto, e também uma melhor compreensão, do ponto de vista experiencial, do meu tema *scoping review*. Esta reflexão permitiu analisar dois pontos: o conhecimento científico de todo o processo complexo de “desmame” ventilatório, ou seja, *“processo de redução gradual do suporte ventilatório fornecido ao doente, até à sua substituição pela ventilação espontânea e remoção da via aérea artificial”* segundo Martins,

(2019, p.40), assim como os critérios de extubação planejada adequadamente verificados promovem o sucesso e a segurança da extubação. Na sua tese de mestrado, Martins (2019), refere que os critérios preditivos para uma extubação com sucesso são “*avaliação do doente face à resolução da fase aguda da doença que conduziu à intubação e necessidade de VMI (ventilação mecânica Invasiva), capacidade para tossir eficazmente, quantidade de secreções, estado neurológico, estado hemodinâmico, função pulmonar e oxigenação*” (p.59-60). A presença e atuação de enfermeiros especialistas, promove um desenvolvimento de um processo sistematizado, fundamentado e seguro, devidamente monitorizado de acordo com as suas competências. Desta forma, de forma a sistematizar os conhecimentos teóricos e técnicos executados na prática, elaborei uma Instrução de Trabalho, como guia orientador de boas práticas deste momento de extubação planejada da pessoa em situação crítica.

No estágio em SU, tive conhecimento da realização de uma ação de formação institucional intitulada “Via Verde Coronária”, destinada à equipa multidisciplinar da área da pessoa em situação crítica. Uma vez em que me encontrava em estágio, solicitei autorização para participar ao meu enfermeiro orientador, ao enfermeiro gestor do serviço e solicitei à entidade formadora via formal, a autorização para participar, a qual foi concedida. Acrescento em Anexo II, o certificado de formação. Embora não tenha tido a oportunidade de observar e participar na ativação da Via Verde Coronária, esta formação, apresentada por uma equipa multidisciplinar, proporcionou de forma significativa a minha consolidação de conhecimentos técnico-científicos nesta temática. O conteúdo da formação foi estruturado de uma forma completa: desde a abordagem e o circuito da pessoa no SU, notificação da situação como Via Verde Coronária na triagem, transferência célere para a unidade de cardiologia após diagnóstico médico, estudo eletrofisiológico, cuidados de emergência e no final, uma parte prática em grupo com análise de ritmos cardíacos. Antes da formação para obter algumas noções gerais do procedimento da Via Verde Coronária no SU, foi consultado o procedimento multissetorial. Nesta circular informativa de 2020, é possível consultar como é agilizado o diagnóstico e tratamento de Enfarte Agudo do Miocárdio. De forma resumida: na triagem, o enfermeiro ativa a Via Verde Coronária a partir de critérios como presença de dor torácica típica, ou dor torácica atípica e/ou equivalente anginoso, e idealmente em 10 minutos deve ser realizado um ECG de 12 derivações para a identificação de alterações sugestivas de evento isquémico. Após o diagnóstico médico, deve ser agilizado a transferência o mais célere possível para a sala de Hemodinâmica e iniciar a intervenção coronária percutânea, idealmente em 60 minutos após primeiro contacto. Neste processo, são realizados cuidados de emergência como avaliação da necessidade ou não de oxigénio,

monitorização contínua e obtenção de via venosa periférica permeável com colheita de sangue para pesquisa de biomarcadores cardíacos e administração de terapêutica dirigida (*European Society of Cardiology*, 2018). Desde a triagem até à sala de hemodinâmica, a intervenção de enfermagem é de extrema relevância e entra em articulação com diversas equipas multidisciplinares. A atuação do enfermeiro passa pela identificação da pessoa com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio, ativação da Via Verde Coronária, informar a equipa de Cardiopneumologia e transmissão oral ao médico assistente, pedido de transporte e prestação de cuidados na sala de emergência. Os enfermeiros que têm funções na triagem de utentes possuem um conjunto de conhecimentos rigorosos, habilidades e competências compatíveis com uma identificação eficiente e de êxito. O papel de enfermeiro tem um impacto significativo nas intervenções que executa devido aos seus conhecimentos, pelo que foi importante, em diversos domínios, para o meu percurso esta formação, leitura bibliográfica e reflexão com o enfermeiro orientador.

Durante o estágio constatei uma gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica. A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou relacionada com dano tecidual atual ou potencial, sendo uma experiência individualizada, que deve ser respeitada. A DGS (2003), identificou a dor como um 5º sinal vital e sublinha que o “*controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem*”, validando neste mesmo documento as escalas “*Escala Visual Analógica*”, “*Escala Numérica*”, “*Escala Qualitativa*” e “*Escala de Faces*” para pessoas conscientes e orientadas. Para pessoas com tubo endotraqueal e sob ventilação mecânica invasiva que detêm barreiras de comunicação ou encontram-se sob sedação, como é o caso da pessoa em situação crítica, esta avaliação constitui um desafio pois continua a ser um elemento importante que requer uma avaliação sistemática. Então, para colmatar o diagnóstico de enfermagem de comunicação comprometida, utilizou-se a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), que inclui 3 itens: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória, validada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010) no documento Plano Nacional de Avaliação da Dor. No turno, era avaliada a presença de dor de forma sistemática (de 2 em 2 horas) ou sempre que se justificasse e antes e após a realização de procedimentos dolorosos, entrando em conformidade com os critérios de avaliação da dor. Caso houvesse a presença de dor, eram instituídas medidas farmacológicas e não farmacológicas como a gestão possível do ambiente físico (ruído e a incidência das luzes), o posicionamento e a massagem, medidas de distração (como ligar a televisão),

permitir a presença de familiares quando assim é possível e em complemento a utilização do protocolo de sedoanalgesia do serviço. Este protocolo preconiza, previamente prescrito pelo médico, a administração de terapêutica farmacológica consoante o alvo da sedação proposto, através o uso da *Richmond Analgesy-Sedation Scale* (RASS), e uma administração de terapêutica farmacológica consoante os valores da avaliação da dor realizada, através da utilização com a escala numérica ou de acordo com a escala BPS. Acrescenta ainda no corpo de texto a implementação de estratégias não farmacológicas na dor descontrolada.

Além do protocolo terapêutico de sedoanalgesia, o serviço possuía outros protocolos terapêuticos como a administração de insulina endovenosa, protocolo de hipotermia induzida, protocolo de atuação à pessoa em situação crítica com ECMO, protocolo de atuação ECPR, entre outros.

Desta forma, considero como adquirida e em desenvolvimento a competência de *“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*.

3.2.2. Competência: dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No meu exercício profissional e durante os contextos de estágio não sucedeu nenhuma situação de emergência ou catástrofe em que tivesse oportunidade de participar, pelo que fiz uma pesquisa bibliográfica de forma a compreender em que consistem situações de emergência, exceção e catástrofe, que planos de intervenção existem e como o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica se articula com os planos de atuação, e assim adquirir conhecimentos para estar mais apta caso no decurso do meu exercício profissional tiver que encarar uma situação desta complexidade. No Regulamento da OE n.º 361/2015, que aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, define como emergência:

“a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida”;

e a emergência multivítima como:

“um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis”.

No número 2, Artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe é *“o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”* sendo que acidente grave é definido, no número 1 do mesmo Artigo, por *“um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”*; enquanto que o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), (2012) define a situação de exceção como *“situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis”*. De acordo com o Artigo 22º na alínea e) do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Ministério da Saúde *“cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde”*.

Tendo estes conceitos como base do meu caminho de aprendizagem, no decorrer dos contextos de estágio, tive como objetivo conhecer o plano de resposta institucional relativamente a situações de emergência, exceção ou catástrofe. Este plano de resposta à catástrofe, com vista a qualidade dos cuidados e segurança do doente, tem como objetivo analisar os riscos previstos e descrever os recursos e funções das áreas, especialidades e unidades funcionais a destacar, para um rigoroso funcionamento da instituição face ao impacto de uma situação de emergência e catástrofe, maximizando a sua capacidade de resposta à população envolvida e gestão dos profissionais de saúde. Este plano de resposta à catástrofe define com clareza os fatores de risco e vulnerabilidades, composição e funcionamento das estruturas de comando e controlo, a articulação com as autoridades e estruturas regionais/nacionais (como por exemplo a proteção civil), níveis de emergência/catástrofe em adultos e crianças, entre outros. Destaco relativamente ao SU, a reorganização estrutural descrita de forma clara acerca do funcionamento e evacuação de áreas ou atribuição de novas funcionalidades, circuitos internos e externos e de recursos humanos, técnicos e materiais. Na sua tese de mestrado, Figueiredo (2021) identifica os

níveis de emergência/catástrofe consoante o número previsto de vítimas, que são divididos em 3 níveis: o nível 1 – utilização dos os meios permanentemente disponíveis, prevendo uma interferência ligeira no funcionamento do serviço; nível 2 – utilização meios do primeiro nível juntamente com reforços previstos, com preparação para admitir um número elevado de pessoas, com uma interferência moderada a elevada no funcionamento da unidade de saúde hospitalar; nível 3 – utilização dos recursos internos e externos, disponíveis para grandes emergências, com uma interferência severa do normal funcionamento da instituição hospitalar. Nos níveis de catástrofe 2 e 3, o SU configura-se a utilização da metodologia de “triagem START modificada”. Para triar um grande número de vítimas de forma célere recorre-se a esta estratégia de forma a direccionar a pessoa de forma segura e eficaz aos recursos disponíveis. Este método de triagem primária “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (START), detém um fluxograma com quatro categorias consoante a gravidade e a cor respetiva. Posto isto: pessoa em situação muito grave (vermelho), pessoa em situação grave (amarelo), pessoa em situação não grave (verde) e falecido (preto), (INEM, 2012). De acordo com plano de resposta à catástrofe próprio da instituição, encontra-se uma quinta categoria (cinzento) que inclui pessoas categorizadas como “vermelho”, mas desprovidas de qualquer probabilidade de recuperação, cujo tratamento seria rotulado como obstinação terapêutica pondo em causa os recursos para outras pessoas com previsibilidade de recuperação superior; neste local o enfermeiro é o responsável. Esta pesquisa bibliográfica trouxe contributos essenciais para que no futuro, caso sucedam situações de emergência, exceção ou catástrofe, tenha reunidas aptidões e conhecimentos que fundamentem a minha tomada de decisão.

Na UCI, devido às obras de melhoria de estrutura, o plano de resposta à catástrofe interno do serviço encontrava-se desatualizado face à situação transitória, pelo que não tive oportunidade de aceder. No meu serviço onde exerço funções, face ao meu interesse na temática verifiquei junto da equipa a inexistência de um plano de resposta à catástrofe interno, pelo que me foi proposto pela equipa de gestão e de coordenação a elaboração de um plano de emergência e catástrofe para esta unidade de saúde, a qual aceitei e encontra-se em fase de planeamento à data do presente relatório. O enfermeiro especialista tem como objetivo planear, coordenar e executar o plano institucional de forma sistematizada, salvaguardando condições de segurança, garantido a qualidade e continuidade dos cuidados à pessoa em situação de emergência, catástrofe e exceção; esta competência encontra-se em desenvolvimento, mas mais sustentada em suporte bibliográfico, pelo que reúne conhecimentos teóricos obtidos devido a este longo e rigoroso percurso.

Durante a prestação de cuidados em SU, surgiu uma situação de particular destaque em termos de reflexão e análise acerca de partilha de informação de uma pessoa à entidade Polícia e Segurança Pública (PSP) do referido hospital. Foi detetada uma situação pelo enfermeiro tutor durante a prestação de cuidados a uma pessoa em situação crítica, relativamente aos indícios da prática de crime. Foram assegurados os cuidados de enfermagem relativamente à condição clínica da pessoa, assim como salvaguardada a preservação dos indícios de prática de crime, comunicando assim à equipa médica assistente que encaminhou para a entidade competente, nomeadamente a PSP. Para compreender melhor este processo, realizou-se uma reflexão acerca da alínea c) do Artigo 106º do CDE, “*divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei*”, pois dispõe de carácter legal a partilha de informação. Nesta situação, fiz uma pesquisa de informação que suportasse a tomada de decisão efetuada por outros profissionais de saúde que não era o caso de enfermagem pois manteve-se sigilosa, de forma a conseguir entender e fundamentar melhor a tomada de decisão ética em causa. A informação genética pessoal e informação de saúde prevista na lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, dispõe no Artigo 3º que a informação de saúde é “*propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei*” e também no mesmo Artigo 3º “*o acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação*”, cujo conhecimento foi extremamente importante para a análise e avaliação posterior do acontecimento com o enfermeiro perito e especialista e que demonstrou que as tomadas de decisões foram realizadas em conformidade com as dimensões ético-legais e deontológicas assim como demonstrou em tempo real a unidade de competência “*assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de prática de crime*” (OE, 2018b), logo promoveu um aumento na segurança das práticas. Estas vivências proveram-me de ferramentas para melhorar as tomadas de decisão no meu percurso profissional assim como ferramentas para desenvolver as competências deste domínio.

Desta forma, considero como adquirida e em desenvolvimento a competência de “*dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*”.

3.2.3. Competência: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

No Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, é possível compreender que o objetivo do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 - 2026) é fomentar a manutenção dos pilares de uma cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros, sempre com vista melhorias e atualizações relativamente ao plano anterior. O PNSD 2021 - 2026 tem como “*objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente*”, tornando-se um dos guias orientadores da prática clínica, sendo que o objetivo estratégico 5.3 “*reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)*”, integra o grupo de trabalho onde me insiro na minha instituição empregadora.

Desde o ano 2020 que sou elo de ligação do grupo de trabalho interno multidisciplinar em conformidade com o PPCIRA (Programa De Prevenção E Controlo De Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos). Neste grupo de trabalho tenho como função realizar auditorias da higienização das mãos (Anexo I e Anexo III) nomeadamente com objetivo de monitorizar além da taxa de adesão global (cinco momentos da lavagem das mãos), a taxa de adesão ao primeiro momento da lavagem das mãos (antes do contacto com o doente) e dinamizar a recolha de dados relativamente à monitorização da taxa de Infeções do Trato Urinário Associadas ao Cateter Vesical (ITUACV), monitorização da adesão ao preenchimento do feixe de intervenções no momento de inserção do cateter vesical e monitorização da adesão ao preenchimento do feixe de intervenções na manutenção do cateter vesical, que nos permite neste grupo de trabalho analisar os indicadores mensais de forma a implementar novas estratégias na prevenção e controlo de infeção com vista a melhoria na qualidade de cuidados. Como função adjuvante à monitorização, incentivo a equipa de enfermagem no preenchimento do documento do feixe de intervenções no momento da inserção de cateter vesical assim como a adesão no preenchimento na plataforma digital da avaliação de risco de infeção às 24h de internamento presente nos sistemas de informação em enfermagem da instituição onde exerço funções. Esta articulação

de monitorização de resultados, é realizado em parceria com a Unidade de Coordenação Local do PPCIRA da respetiva instituição (UCLPPCIRA, que dinamiza reuniões e workshops entre serviços no sentido de apresentar os indicadores e colabora na concretização do PDSA – *plan, do, study, act*. Este método (PDSA) consiste na implementação de projetos de melhoria baseado em conhecimento científico; fornece uma estrutura a desenvolver, testar e implementar estratégias que promovem a melhoria proposta de acordo com os conhecimentos adquiridos (*National Health Service England, 2022*). Dentro do serviço, tenho o cuidado de partilhar com a equipa individualmente os resultados das auditorias de que sou responsável, partilhando assim estratégias de melhoria entre pares.

Nos contextos de estágio, mantive a prática que exerço no meu local de trabalho e partilhei com os enfermeiros especialistas e generalista com quem fui colaborando na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o que promoveu momentos de discussão e reflexão. Observei que a maioria dos elementos da equipa de enfermagem aderiu de forma global aos momentos da higienização das mãos, assim como a todas as precauções básicas no controlo de infeção (PBCI), (DGS, 2012a). Estava intrigada acerca de como funcionava o controlo de infeção num SU, devido à abordagem célere de uma pessoa em situação crítica e de que é necessário “*detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*” (OE, 2018b). No entanto, mesmo num serviço com elevada afluência de utentes e carga de trabalho, observei na grande maioria um empenhamento em cumprir as PBCI, nomeadamente a higienização das mãos (DGS, 2019a).

Além desta participação no grupo de trabalho da UCLPPCIRA da unidade local da instituição onde exerço a minha prática clínica, destaco outro grupo de trabalho que exerce atividades no mesmo âmbito do programa de controlo de infeção que é o grupo que monitoriza os dispositivos intravasculares. Este grupo apresenta a pertinência da sua temática em reuniões rotineiras, partilha pontualmente os seus resultados de auditorias nomeadamente no registo da ocorrência de flebites em plataforma digital e são apresentadas propostas de melhoria contínua. Este grupo de trabalho que demonstra os resultados e estratégias suportadas em conhecimento científico, através do qual eu participo e acompanho, possibilitam assim a minha atualização contínua e conseqüentemente promovem indiretamente uma melhoria na prestação dos meus cuidados e da equipa.

Afirmo que se encontra adquirida e em desenvolvimento a competência “*maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*”.

3.3. Competências gerais de mestre

Conforme o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, as competências do mestre foram desenvolvidas ao longo do percurso deste curso de mestrado em enfermagem. Constatou um crescente desenvolvimento profissional e pessoal, a aquisição de um conjunto de aprendizagens pertinentes para o meu melhor exercício profissional com vista a prática baseada em evidência e de capacidades de investigação avançadas de acordo com o presente estadió de desenvolvimento.

No primeiro capítulo deste relatório foi possível desenvolver estas capacidades de investigação através da elaboração da *scoping review* “Fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos” conforme a metodologia da JBI (2020), o qual tenho como objetivo a publicação numa revista de enfermagem adiante neste percurso, pelo que se encontra em Apêndice III, o protocolo elaborado. Ao longo dos seguintes capítulos, relatei um conjunto de vivências e atividades que contribuíram para a virtude de candidata à obtenção deste grau de mestre, que foram desenvolvidas tanto durante este curso de mestrado como durante o exercício profissional, e que à data presente me considero com mais capacidades e habilidades que previamente a este curso de mestrado.

O desenvolvimento de competências de investigação foi fruto de uma orientação por parte do professor e enfermeiros tutores assim como de partilhas e considerações de colegas enfermeiros especialistas, o qual me permitiram concretizar uma ampla aprendizagem nesta área e que me proporcionaram o interesse pela temática com a qual não estava familiarizada. Considero o início de um longo caminho de aprendizagens aprofundadas e práticas clínicas realizadas com rigor científico, práticas baseadas em evidência científica, com um fio condutor de conhecimentos e competências de investigador agora expandidas. Este grau de mestre confere uma responsabilidade constante de procura de conhecimento de forma autónoma, de ampliação de conhecimentos em todos os domínios desta profissão e disciplina que é Enfermagem e na qual, me procuro melhorar constantemente para alcançar a excelência no meu exercício profissional, assim como liderar e transmitir aos meus pares.

Concluo o desenvolvimento de competências de mestre, descrevendo aqui as mesmas:

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º

ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”,

“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”,

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”,

“Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”

“competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

CONCLUSÃO

O presente relatório, redigido no contexto da unidade curricular Estágio Final e Relatório, tem como finalidade descrever, analisar e refletir acerca das aprendizagens técnico-científicas obtidas e das competências desenvolvidas no âmbito de obtenção do título de enfermeira especialista e mestre no Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

No primeiro capítulo foi aprofundado e desenvolvidas as competências de investigação devido à realização da *scoping review* “Fatores de risco que contribuem para a auto-extubação da pessoa adulta em unidade de cuidados intensivos”, o que permitiu a consolidação destas. No segundo capítulo, foi possível compreender de forma geral a estrutura, organização e gestão de recursos, fazendo a interligação da literatura e legislação com a experiência em tempo real. No terceiro capítulo, através da descrição e reflexão, é relatado o percurso efetuado que promoveu a aquisição e desenvolvimento do conjunto de competências definidas na legislação: Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho.

A frequência da prática clínica em dois contextos de estágio foi um impulsionador para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e obtenção de novas aprendizagens como se pode constatar nas diferentes reflexões introduzidas neste relatório, assim como, algumas das competências iniciaram-se em contexto profissional.

Concluo, depois da reflexão e análise exposta, que para o exercício profissional futuro, sou detentora de inúmeras ferramentas de aprendizagem que potenciam a excelência na prestação de cuidados, em benefício da pessoa destinatária dos cuidados. Após esta formação de qualidade, depreendo que foram inúmeras as contribuições essenciais para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, que ainda de forma inicial, tem suporte para continuar a alcançar capacidades, habilidades e competências diferenciadas. Esta formação alicerça-se num conjunto de vivências e atividades realizadas neste percurso, no entanto, com tempo, os saberes tornar-se-ão mais consolidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbas, A. & Lutfy, S. (2019). Incidence, risk factors, and consequences of unplanned extubation. *The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. 68(3):346–350. DOI: 10.4103/ejcdt.ejcdt_165_18
2. Administração Central do Sistema de Saúde (2013). RT – 09/2013. *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Serviço Nacional de Saúde.
3. Ai, ZP., Gao, XL. & Zhao, XL. (2018). Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*. 47: 62–68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.008>
4. Almeida, M. (2016). *Identificação Inequivoca do Doente em Contexto Hospitalar*. Tese de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa. Repositório do Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/7189>
5. Aromataris E., Munn Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
6. Bäckman, C. & Walther, S. (2000). Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Medicine*. 27(2):426-429. DOI: <https://doi.org/10.1007/s001340000692>
7. Carvalho, C., Junior, C. & Franca, S. (2007). Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 33(Supl 2): S54-S70III. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000800002>
8. Chao, C.M., Lai, C.C., Chan, K.S., Cheng, K.C., Ho, C.H., Chen, C.M. & Chou, W. (2017a). Multidisciplinary interventions and continuous quality improvement to reduce unplanned extubation in adult intensive care units. A 15-year experience. *Intensive Care Medicine*. 96(27): e6877. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000006877>
9. Chao, C.M., Sung, M.I., Cheng, K.C., Lai, C.C., Chan, K.S., Cheng, A.C., Hsing, S.C. & Chen, C.M. (2017b). Prognostic factors and outcomes of unplanned extubation. *Scientific Reports*. 7(8636). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08867-1>
10. Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/82004>

11. Constituição da República Portuguesa.
12. Cosentino, C., Fama, M., Foà, C., Bromuri, G., Giannini, S., Saraceno, M., Spagnoletta, A., Tenkue, M., Trevisi, E. & Sarli, L. (2017). Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. *Acta Biomed for Health Professions*. 88(S5): 55-65. DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v88i5-S.6869>
13. Costa, M. & Cambiriba, M. (2010). Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 9(3): 494-502. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i3.9545>
14. Cruchinho, P. (2009). Modelo das dez etapas: Um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Revista Percursos*. (12):13-29. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9169>
15. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.
16. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, p. 2959 – 2962 (1996).
17. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, p. 1739 – 1757 (1998)
18. Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, p. 2242 – 2257 (2006).
19. Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto. Diário da República n.º 165/2016, Série I de 2016-08-29, p. 3014 – 3016 (2016)
20. Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, p. 4147 – 4182 (2018)
21. Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro. Diário da República n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15, p. 4965 – 4970 (2018)
22. Deodato, S. (2010). *Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
23. Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06, p. 1865 – 1866 (2002).
24. Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 169/2005, Série II de 2005-09-02, p. 12834 – 12834 (2005).

25. Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, p. 20673 – 20678 (2014).
26. Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 69/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-08, p. 2 – 2 (2016)
27. Despacho n.º 6669/2017, de 2 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02, p. 16069 – 16070 (2017).
28. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, p. 96 – 103 (2021).
29. Direção Geral de Saúde (2003). Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
30. Direção Geral de Saúde (2011a). Orientação N.º 017/2011 de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).
31. Direção Geral de Saúde (2011b). Orientação N.º 018/2011 de 23/05/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde.
32. Direção Geral de Saúde (2012a). Norma N.º 029/2012 de 29/12/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).
33. Direção Geral de Saúde (2012b). Norma N.º 038/2012 de 30/12/2012. Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto.
34. Direção Geral de Saúde (2017). Norma N.º 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
35. Direção Geral de Saúde (2019a). Norma N.º 007/2019 de 16/10/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.
36. Direção Geral de Saúde (2019b). Norma N.º 008/2019 de 09/12/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.
37. European Society of Cardiology (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 39(2): p.119–177. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

38. Extracorporeal Life Support Organization (March, 2014). *ELSO Guidelines For ECMO Centers*. ELSO. Disponível em: <https://www.else.org/ecmo-resources/elseo-ecmo-guidelines.aspx>
39. Figueiredo, F. (2021). *Catástrofe Externa / Emergência Interna*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=21tGQnc7>
40. Figueiredo, A., Potra, T. & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional De Comunicación*. (49): p.32-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
41. Garcia, J. (2008). *Inteligência Emocional e Liderança nas Competências de Gestão em Enfermagem: Um Estudo Exploratório com Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Colaboradores*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde. Universidade de Évora. Escola Superior de Tecnologias da Saúde. Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora.
42. Griffiths, J., Gager, M. & Waldmann, C. (2004). Follow-up after intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 4(6): 202–205. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkh054>
43. Huang, Y.T. (2009). Factors leading to self-extubation of endotracheal tubes in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*. 14(2): 69-74. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00320.x>
44. INEM (2012). *Situação de exceção. Manual TAS*. (1ª edição)
45. INEM (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Versão 2.0 (1ª edição)
46. International Association for the Study of Pain (2020). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. Washington D.C. Disponível em: iasp-pain.org
47. Kittnar, O. (2022). Ten Years of Our Translational Research in the Field of Venous-Arterial Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Physiological Research*. 71(Suppl. 2): p.S163-S178. DOI: <https://doi.org/10.33549/physiolres.934999>
48. Kwon, EO. & Choi, KS. (2017). Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*. 11: p.74-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.004>

49. Li, P., Sun, Z. & Xu, J. (2022). Unplanned extubation among critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*. 70:103219. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103219>
50. Lee, J., Park, H.A. & Chung, E. (2018). Use of electronic critical care flow sheet data to predict unplanned extubation in ICUs. *International Journal of Medical Informatics*. 117: p. 6–12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.05.011>
51. Lei n.º 141/99, de 28 de agosto. Diário da República n.º 201/1999, Série I-A de 1999-08-28, p. 5955 – 5955 (1999)
52. Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro. Diário da República n.º 18/2005, Série I-A de 2005-01-26, p. 606 – 611 (2005)
53. Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, p. 4696 – 4706 (2006)
54. Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, p. 8059 – 8105 (2015)
55. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, p. 55 – 66 (2019).
56. Lucchini, A., Bambi, S., Galazzi, A., Elli, S., Negrini, C., Vaccino, S., Triantafillidis, S., Biancardi, A., Cozzari, M., Fumagalli, R. & Foti, G. (2018). Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed for Health Professions*. 89(S7): p. 25-31. DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7815>
57. Martins, M. (2019). *Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior De Saúde. Repositório Comum. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/28862>
58. Matos, T. (2012). *Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Comum. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/15807>
59. Matteo Danielis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A. (2018). Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive & Critical Care Nursing*. 47: p. 69–77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>
60. McEwen, M. & Wills, E. (2014). *Theoretical Basis For Nursing*. (4ª edição). Lippincott Williams & Wilkins.

61. Melo, R. & Freitas, H. (2006). Portfólio: uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens Perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. *Revista Referência. II(2)*: p. 63-73.
62. Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F. & Morais, M. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética. 20*: p. 113-129. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/1756>
63. National Health Service England (2022). *Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement*. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/>
64. Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos* (1ª edição). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
65. Organização Mundial da Saúde (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova Iorque.
66. Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: a policy framework*. Madrid.
67. Organização Mundial da Saúde (2007). *Patient Safety Solutions Preamble - May 2007*. Comunicação (maio)
68. Organização Mundial da Saúde (2021). *Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. Genebra.
69. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa: OE.
70. Ordem dos enfermeiros (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE versão 2. Lisboa: OE.
71. Ordem dos Enfermeiros (2011b). Parecer N.º 296/2011 de 10.11.2011. Conselho Jurisdicional. Comunicação da Notícia da Morte aos Familiares por Via Telefónica.
72. Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26, p. 17240 – 17243 (2015)
73. Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 10/2017 de 08.09.2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diferenciação Das Intervenções De Enfermagem Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Em Relação Ao Enfermeiro Generalista, Num Serviço De Urgência.

74. Ordem dos Enfermeiros (2018a). Parecer N.º 15/2018 de 02.07.2018. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva.
75. Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p. 19359 – 19370.
76. Ordem dos Enfermeiros (2018c). Regulamento n.º 226/2018, de 16 de abril. Diário da República n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16, p. 10758 – 10764.
77. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, p. 4744 – 4750.
78. Ordem dos Enfermeiros. (2021) *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
79. Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva*. Serviço Nacional de Saúde.
80. Pinho, J., Carneiro, H. & Alves, F. (2010). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.spci.pt>
81. Pinto, T. (2015). *De Iniciado a Perito um Percurso a Construir na Promoção da Parentalidade*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. DOI: <http://hdl.handle.net/10400.26/16413>
82. Portaria n.º 212-A/2018, de 28 de março. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República n.º 62/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-03-28, p. 2 – 5 (2018).
83. Prinjha, S., Field, K. & Rowan, K. (2009). What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study. *Critical Care*.13(2): R46. DOI: <https://doi.org/10.1186/cc7769>
84. Reanne Ju, T., Wang, E., Christian Castaneda, C., Rathod, A. & Abe, O. (2022). Superficial placement of endotracheal tubes associated with unplanned extubation: A case-control study. *Journal of Critical Care*. 67: p.39–43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.09.010>
85. Recomendação 2009/C 151/01 de 9 de junho de 2009. Conselho da União Europeia. *Sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Jornal Oficial da União Europeia (2009)

- 86.** Rezende, L., Costa, K., Martins, K. & Costa, T. (2014). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de los Cuidados*. (39): p. 84-92. DOI: <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.39.10>
- 87.** Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Nelson Junior Cardoso da Silva, N. & Salum, N. (2018). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*. 24(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
- 88.** Soares, G., Boeno, G., Gonçalves, T., D’Elly, S., Medeiros, J., Almeida, A., Trindade, C., & Viegas, K. (2021). A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. *Enfermagem em Foco*. 13(spel): e-202245ESP1. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1>
- 89.** Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D., Jacinto, R., Vales, C. & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 31(2): p. 164-170. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190028>
- 90.** Torres, G., Nascimento, E., Hermida, P., Malfussi, L. & Galetto, S. (2020). Cuidados para prevenção de extubação não planejada: análise da validade do conteúdo de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74(1): e20180998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0998>
- 91.** Uy, A., Ramos, E., Rivera, A., Maghuyop, N., Suratos, C., Miguel, R., Gaddi, M. & Zaldivar, J. (2018). Incidence, risk factors, and outcomes of unplanned extubation in adult patients in a resource-limited teaching hospital in the Philippines: a cohort study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 31(1): p. 79-85. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190012>
- 92.** Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*. 37: p. 1575–1587. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- 93.** Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. 6(2): p. 278-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Tabelas de extração de dados da scoping review

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Lee, J. Park, H. Chung,E.	2018	República da Coreia/ Inglês	Airway extubation; data mining; decision support techniques; electronic health records; patient safety.	Estudo observacional	<i>Level 3 – Observational - Analytic Designs Level 3.d – Case-controlled study</i>	60 registos de extubações não planeadas	Desenvolver modelos de previsão para extubação não planeada; identificar indicadores que predizem e previnem extubação não planeada em unidade de cuidados intensivos.	- “ age was identified as a risk factor for UE”.	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Idade superior (média 67.58)
								- “The mean age and APACHE score were higher in the UE group than in the control group”.		- GCS elevado
								- “A higher GCS score , which indicates a patient is awake, was related to high UE risk”;	Fatores de risco relacionados com o “desmame” ventilatório	- Agitação presente: pressão de pico elevada
								- “ Higher PR (indicating an agitated patient), higher peak pressure (possibly the result of accumulated secretions, or biting the e-tube contributed) to high UE risk”;		- FC elevada - FR elevada,
								- “We found that the GCS, pulse rate, respiration rate , peak pressure, and frequency of patient		

								<i>positioning were significant risk factors for UE”.</i>		
									Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente	- Posicionamento frequente

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; APACHE – *acute physiology and chronic health evaluation*; GCS – *glasgow coma scale*; FC – frequência cardíaca; PR – *pulse rate*; FR – frequência respiratória.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Cosentino, C. Fama, M. Foa, C. Bromuri, G. Giannini, S. Saraceno, M. Spagnoletta, A. Tenkue, M. Trevisi, E. Sarli, L.	2017	Itália/ Inglês	Unplanned extubation; risk factors; nurse; intensive care unit; night shift	Revisão sistemática de estudos qualitativos e quantitativos incluídos.	Level 4 - <i>Observational – Descriptive Studies Level 4.a - Systematic review of descriptive studies</i>	21 artigos	Identificar e classificar fatores que, de acordo com literatura nacional e internacional, possam aumentar o risco de extubação não planejada	- “ <i>age of the patient is the second component for the score attribution in the scale Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) (...) age is considered as a variable that can directly influence UE risk</i> ”	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Idade superior
								- “ <i>Therefore COPD, as well as other nosocomial infections, may increase the risk of UE seeing that they are correlated with an increase in the days of intubation and a reduction or absence of sedation.</i> ” - “ <i>There is an unanimous consensus that the level of sedation is a risk factor for UE</i> ”; - “ <i>restlessness -especially when combined with inadequate sedation – and the decreased monitoring of the patient are two of the main risk factors for the UE</i> ” - “ <i>The use of benzodiazepines, in fact, as shown in a few studies, seems to increase the UE risk with a paradoxical</i>	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- DPOC / infecções nosocomiais - Sedação inadequada - Uso de benzodiazepinas - Inquietação presente - Uso de restrição física

								<i>effect, as well as the use of physical restrictions”.</i>		
								<ul style="list-style-type: none"> - “endotracheal tube fixation is identified as a risk factor” - “The load of patients for a single nurse, shift arrangement, training, and interdisciplinary interaction, directly affect UE risk.” - “UE risk during the night shift may be mediated by the increased risk of patient’s delirium caused by the lack of visible light and of the caregiver’s absence, in combination with the reduction of the nursing staff.” 	<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância diminuída - Método de fixação do TET ineficaz - Rácio enfermeiro-utente inadequado - Experiência profissional diminuída - Comunicação não eficaz entre equipa multidisciplinar e enfermagem - Turno da noite - <i>Delirium</i> presente

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; COPD – *chronic obstructive pulmonary disease*; DPOC – *doença pulmonar obstrutiva crónica*; TET – *tubo endotraqueal*.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Reanne Ju, T. Wang, E. Castaneda, C. Rathod, A. Abe, O.	2022	USA/ inglês	Airway management; Extubation; Tracheal extubation; Airway extubation; Complications.	Estudo Caso- controle	<i>Level 3 – Observational – Analytic Designs Level 3.d – Case – controlled study</i>	53 pessoas	Avaliar o impacto da posição do TET, bem como outros fatores que podem estar associados com risco de extubação não planeada.	- “ Higher APACHE II score (22.5 ± 7.5) was associated with UE ”;	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- <i>Score APACHE II elevado ≥ 22.5</i>
								- “ <i>Found that more patients with UE received physical restraints or chemical restraints in the form of continuous infusions of sedatives/ analgesics</i> ”; - “ <i>Given the common practice of using propofol or fentanyl in our units, it is not surprising to find that these agents were associated with unplanned extubation</i> ”;	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Uso de restrição física - Sedação inadequada - Administração contínua de sedativos (propofol) e analgésicos (fentanil)

									- <i>“Interestingly, only the distance of the ETT tips to carina ≥ 6 cm was associated with higher risk of UE”.</i>	Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente	- Distância da ponta do TET à carina ≥ 6 cm
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; APACHE – *acute physiology and chronic health evaluation*; TET – tubo endotraqueal; ETT – *endotraqueal tube*.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Li, P; Sun, Z; Xu, J. .	2022	China/ Inglês	Airway extubation; Complications; Intensive care; Unplanned extubation;	Revisão sistemática e meta-análise	<i>Level 3 - Observational - Analytic Designs Level 3.b - Systematic review of comparable cohort and other lower study designs</i>	38 estudos	Quantificar sistematicamente a prevalência global de extubação não planejada entre adultos em situação crítica e a taxa de reintubação após extubação não planejada.	- “ <i>This meta-analysis showed that male gender, (...) are significant risk factors for UE.</i> ” - “ <i>lower APACHE II scores are significant risk factors for UE.</i> ”	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Sexo masculino - <i>score</i> APACHE II reduzido
								- “ <i>confusion, suffering from physical restraint, with higher GCS (...) are significant risk factors for UE.</i> ”	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- GCS elevado - Confusão presente - Uso de restrição física

									Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; APACHE – *acute physiology and chronic health evaluation*; GCS – *Glasgow coma scale*.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Danielis, M. Chiaruttini, S. Palese, A.	2018	Itália/ Inglês	Critical-incident technique; Unplanned extubation; Nurses' experiences; Antecedents; Intensive care unit; Qualitative study.	Estudo descritivo, abordagem qualitativa	<i>Level 4 – Observational – Descriptive Studies</i> <i>Level 4.d – Case study</i>	12 enfermeiros	Obter uma maior compreensão dos antecedentes das extubações não planejadas.	- “ <i>Has contributed to unplanned self-extubation is the inadequate level of sedation, resulting in increased agitation and patient discomfort.”;</i>	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Sedação inadequada - Desconforto presente: presença do TET - Uso de restrição física - Comunicação comprometida - Inquietude presente - Agitação presente

								<p>- <i>“The lack of communication threatened the following surveillance (.”</i> - <i>“lighted, dynamic and noisy environment, nurses have created a barrier that has, in turn, threatened direct surveillance thus resulting in an UE”</i> - <i>“barriers preventing direct surveillance”;</i> - <i>“had failed to detect UE risks (...), as a consequence of the staffing levels.”</i></p>	<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	<p>- Comunicação não eficaz entre equipa multidisciplinar e enfermagem - Vigilância diminuída - Ambiente caótico presente - Aplicação de barreiras físicas, - Disposição do espaço físico da UCI - Rácio enfermeiro-utente inadequado</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--

Siglas: JBI – Joanna Briggs Institute; UE – unplanned extubation; TET – tubo endotraqueal; ETT – endotraqueal tube; UCI – unidade de cuidados intensivos

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Uy, A. Ramos, E. Rivera, A. Maghuyop, N. Suratos, C. Miguel, R. Gaddi, M. Zaldivar, J.	2018	Filipinas/ Inglês e português	Intubation; Airway extubation; Critical care; Developing country; Prospective studies.	Estudo observacional prospectivo de coorte	<i>Level 3 – Observational – Analytic Designs</i> <i>Level 3.c – Cohort study with control group</i>	36 pessoas	Determinar a incidência, os fatores de risco e os desfechos da extubação não planejada em doentes adultos.	- “ <i>apenas idade (...) e sexo masculino (...) significantes para ENP.</i> ”	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Sexo masculino - Idade inferior (49.7 anos)
								- “ <i>o uso de restrições físicas se associou com tendência</i> ”	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Uso de restrição física
								- “ <i>o turno da noite se associou com maior tendência a ENP</i> ”	Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente	- Turno da noite

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; ENP – extubação não planejada.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Ai, Z. Gao, X. Zhao, X.	2018	China/ Inglês	ICU adult patient; Meta-analysis; Risk factor; Systematic review; Unplanned extubation.	Revisão sistemática e meta-análise	<i>Level 3 - Observational - Analytic Designs Level 3.b - Systematic review of comparable cohort and other lower study designs</i>	10 estudos	Explorar fatores associados à extubação não planejada em Unidade de Cuidados Intensivos para utentes adultos.	- “Male (Fig. 2): The meta-analysis found that males have a higher risk to experience UE in comparison to females in ICU” - “Lower APACHE II (Fig. 3): The meta-analysis found that the ICU adult patients with lower APACHE II have higher risk to experience UE”	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Sexo masculino - Score APACHE II reduzido (média dos scores 16.4 a 21.2)
								- “Physical restraint (Fig. 4): The meta-analysis found that the ICU adult patients with physical restraint have higher risk to experience UE” - “Confusion (Fig. 5): The meta-analysis found that ICU adult patients with confusion have	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Confusão presente - uso de restrição física - GCS elevado

								<p><i>higher risk to experience UE”</i> <i>- “The meta-analysis found that the ICU adult patients with higher GCS have higher risk to experience UE”</i></p>		
									<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; APACHE – *acute physiology and chronic health evaluation*; GCS – *Glasgow coma scale*; ICU – *intensive care unit*.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Torres, G. Nascimento, E. Hermida, P. Malfussi, L. Galetto, S.	2020	Peru/ Inglês e Português	Care; Airway Extubation; Intensive Care Units; Patient Safety; Validation Study.	Estudos de validação	<i>Level4 - Observational -Descriptive Studies</i> <i>Level4.a - Systematic review of descriptive studies</i>	40 enfermeiros	Analisar a validade do conteúdo de um instrumento de cuidados de enfermagem para prevenção de extubação não planejada em Unidade de Cuidados Intensivos.		Fatores de risco relacionados com a pessoa	
								<i>“os pacientes com sedação leve apresentam maior número de EA”</i> <i>- “ausência de sono, deficiente comunicação, entre outras, aumentam e pioram o delirium a dor e a ansiedade, criando desconfortos e aumentando a possibilidade de ENP”</i>	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Sedação inadequada - Descanso comprometido - comunicação comprometida - desconforto presente - dor presente - delirium presente - ansiedade presente
								<i>- “o risco aumentado de ENP durante o banho de leito, desmame de sedação e mudança de</i>	Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente	- Cuidados de higiene, posicionamentos - Ambiente caótico presente

								<p>decúbito</p> <p>- “como ruído, excesso de luz artificial, ausência de visitas, imobilidade”</p> <p>- “A fixação inadequada do TOT é um dos procedimentos mais sinalizados na literatura, associados com a ocorrência de ENP”;</p> <p>- “inadequada proporção enfermeiro/paciente é um fator que aumenta o risco de ENP”.</p>	<p>- Método de fixação do TET ineficaz</p> <p>- Rácio enfermeiro-utente inadequado</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; ENP – extubação não planeada; TOT – tubo orotraqueal; TET – tubo endotraqueal; EA – evento adverso.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Lucchini, A. Bambi, S. Galazzi, A. Elli, S. Negrini, C. Vaccino, S. Triantafillidis, S. Biancardi, A. Cozzari, M. Fumagalli, R. Foti, G.	2018	Itália/ Inglês	unplanned extubation; self extubation; accidental extubation; adverse events.	Estudo observacional retrospectivo	<i>Level 3 – Observational - Analytic Designs Level 3.d – Case-controlled study</i>	35 utentes	Explorar a incidência de extubação não planeada em uma unidade de cuidados intensivos geral universitária italiana adotando um protocolo de enfermagem de manipulação e fixação do TET.		Fatores de risco relacionados com a pessoa	
								- <i>“The patients with the highest risk of UE complications are those at the beginning of the respiratory weaning. In fact, at the time of the interruption of the sedation infusions, the patients could be agitated and confused and trying to self-remove the devices, since their presence can provide discomfort and pain.”</i>	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- Agitação presente - Confusão presente - Desconforto presente - Dor presente

								<p><i>“A standardized program of endotracheal tube management (based on an effective and comfortable fixing system) seems to be a safe and a valid foundation to maintain low rates of UE episodes.”</i></p> <p><i>- “- “The results of this study seem to indicate that the patient’s surveillance cannot be substituted by the utilization of physical restrains in order to prevent SE events.”</i></p>	<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	<p>- Método de fixação do TET ineficaz - Vigilância diminuída</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

Siglas: JBI – Joanna Briggs Institute; UE – unplanned extubation; SE – self-extubation; TET – tubo endotraqueal.

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Abbas, A. Lutfy, S.	2019	Egipto/ Inglês	Mortality; Reintubation; Unplanned Extubation.	Estudo observational retrospectivo	<i>Level 3 – Observational - Analytic Designs Level 3.d – Case- controlled study</i>	27 utentes	Definição de fatores de risco associados à extubação não planeada, destacando as consequências deste evento correlacionand o com a reintubação e mortalidade.	- “ <i>In this work, UE is more frequent in agitated patients, (...) physically restrained (...), with less use of sedation (...), or ineffective sedation detected by lower Ramsay score (1.49±0.75 vs. 3.01±1.03).</i> ”; - “ <i>manifest agitative behavior during ICU stay, which includes alertness or restlessness and can be present for a long period preceding UE. The main cause of agitation (...) includes inability to communicate, continuous stimulation with noise (e.g. equipment’s</i>	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- Agitação presente - Uso de restrição física - Sedação inadequada - <i>score</i> escala de Ramsay baixo (média 1.49) - inquietude presente - <i>delirium</i> presente - Descanso comprometido - <i>score</i> GCS elevado (9-15 pontos) - uso de restrição física

								<p><i>alarms), lack of mobility, sleep deprivation, (...) and ICU psychosis”.</i></p> <p><i>- “Beyond agitation, UE incidence depends on patients’ consciousness level, being higher in those with Glasgow Coma Scale score of 9–15 points.”</i></p> <p><i>- “In respect to physical restraints, hand restraints may increase the ability to develop UE by increasing the anxiety of the patients owing to impossibility of expressing their selves by gestures or in writing”.</i></p>		- ansiedade presente
								<p><i>- “In UE group, both responsible resident physicians and nurses were less satisfied with their job, and also high patient-to-nurse ratio was associated significantly with UE (more patients were</i></p>	<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	<p>- Insatisfação com a profissão</p> <p>- Rácio enfermeiro-utente inadequado - (>1:3)</p> <p>- Vigilância diminuída</p> <p>- Turno da noite</p>

								<i>cared by one nurse).</i> ” - “ <i>Most adverse outcomes occurs when nurse-to-patient ratio is more than three patients for each nurse”.</i> - “ <i>The distraction of nurses may be more in mid and night shifts</i> ” - “ <i>more than half of UE events occurs in night shift</i> ”	- Inexperiência equipa médica
--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; ICU – *intensive care unit*; GCS – *Glasgow coma scale*

Autor(es)	Data de publicação	País/ Idioma	Palavras-chave	Metodologia	Nível de evidência (JBI)	Nº de participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Categoria fatores de risco	Subcategoria fatores de risco
Kwon, E. Choi, K.	2017	Coreia do Sul/ Inglês	Endotracheal Extubation; Intensive Care Units; Patient Safety; Risk Factors.	Estudo observacional retrospectivo	<i>Level 3 – Observational - Analytic Designs Level 3.d – Case-controlled study</i>	230 utentes	identificar fatores de risco de extubação não planeada numa unidade de cuidados intensivos em doentes sob ventilação mecânica, usando um modelo de segurança do doente.	- <i>“APACHE II scores in the unplanned extubation group were significantly higher than in the planned extubation group (25.11)”</i>	Fatores de risco relacionados com a pessoa	- <i>Score APACHE II elevado (média 25.11)</i>
								- <i>“Motor response scores in the unplanned extubation group were (...) higher than those in the planned extubation group”</i> - <i>“unplanned extubation group also showed significantly lower saturation of peripheral oxygen (93.6 ± 9.2 vs. 96.6 ± 6.2%; p < .001), higher diastolic blood pressure (78.30 ± 15.7 vs. 75.08 ± 15.7 mmHg),</i>	Fatores de risco relacionados com “desmame” ventilatório	- <i>Score Resposta motora aumentado (GCS) elevado</i> - <i>Saturação periférica de oxigénio diminuída (média 93.6%)</i> - <i>Pressão arterial diastólica aumentada (média 78.3 mmHg)</i> - <i>FC</i>

								<p>higher heart rate (104.79 ± 21.0 beats/min vs. 96.08 ± 20.0 beats/min), and higher respiration rate (25.21 ± ”);</p> <p>- “unplanned extubation group was observed to have significantly higher incidence of pain (p < .05), lower sedation levels”</p> <p>- “higher likelihood of delirium”</p> <p>- “(In this study, unplanned extubation groups occurred more in PSV and CPAP mode.”.</p>		<p>aumentada (média 104.79 bpm)</p> <p>- FR aumentada (média 25.21 cpm)</p> <p>- dor presente</p> <p>- sedação inadequada</p> <p>- modalidade ventilatória: PSV e CPAP.</p>
								<p>- “unplanned extubation occurring during the night shift”.</p> <p>- “the nurse’s career being shorter in the unplanned extubation group”</p>	<p>Fatores de risco relacionados com os profissionais de saúde e ambiente</p>	<p>- Turno da noite</p> <p>- experiência dos enfermeiros reduzida</p> <p>- carga de</p>

									- “ <i>Nursing activities scores measured higher in the unplanned extubation group, which may be related to the fact that nursing staffing levels contribute to adverse patient outcomes</i> ”.		trabalho aumentada
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--------------------

Siglas: JBI – *Joanna Briggs Institute*; UE – *unplanned extubation*; GCS – *Glasgow coma scale*; FC – frequência cardíaca; FR – frequência respiratória; bpm – batimentos por minuto; cpm – ciclos por minuto; PSV – *pressure support ventilation*; CPAP – *continuous positive airway pressure*.

APÊNDICE II
Projeto de Estágio



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem com a especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PROJETO DE ESTÁGIO

**Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família:
Vigilância e Decisão Clínica” e
Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”**

Projeto de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau mestre e enfermeiro especialista na área de especialização
Enfermagem médico – cirúrgica: pessoa em situação crítica e família

Por

Inês Baptista Osório

Sob a orientação do Prof. Doutor Sérgio Deodato

SIGLAS E ACRÓNIMOS

UC – Unidade curricular

ADR – Área de Doentes Respiratórios

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

VDC – Vigilância e Decisão Clínica

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

INTRODUÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

1.1 UC A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica

1.2. UC Relatório Final e Estágio

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES

2.1. UC Estágio Vigilância e Decisão Clínica

2.2. UC Estágio Final e Relatório

CONSIDERAÇÕES FINAIS

APÊNDICES

Apêndice A – Quadro 1 - Plano de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Apêndice B – Quadro 2 - Plano de atividades do contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice C – Quadro 3 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Apêndice D – Quadro 4 - Cronograma de atividades do contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Quadro 2 - Plano de atividades do contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Quadro 3 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Quadro 4 - Cronograma de atividades do contexto de Unidade de Cuidados
Intensivos

INTRODUÇÃO

No âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, foi elaborado este projeto de estágio.

O presente projeto de estágio documenta os objetivos e atividades definidas a atingir durante o tempo definido da unidade curricular (UC) A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica e da UC Relatório Final e Estágio, com o objetivo de adquirir competências de enfermeira especialista e mestre na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Este documento está estruturado em 2 capítulos, sendo que num capítulo inicial é abordado de forma a estrutura, caracterização dos recursos humanos e funcionamento de ambos locais de estágio. No capítulo seguinte é realizada a descrição dos objetivos e atividades delineados de acordo com as oportunidades de desenvolvimento nos estágios.

Como considerações finais, é descrito sucintamente as limitações e uma reflexão final.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

1.1. UC Estágio Vigilância e Decisão Clínica

Na unidade curricular “Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, proporcionou-se um estágio no serviço de urgência do referido centro hospitalar, no período compreendido entre 26 de abril de 2022 a 21 de julho de 2022, com uma carga horária total de 300h, sendo 180h de contacto.

Este SU, direcionado apenas à pessoa adulta, veio a demonstrar a oferta de inúmeras oportunidades de aprendizagem relativamente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, assim como uma experiência inovadora e enriquecedora como principiante nesta prática clínica, neste tipo de serviço.

O Regulamento N.º 226/2018, de 16 de abril da OE (OE, 2018c), define na alínea f): urgências são todas as “*situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais*” e emergências “*são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”. De acordo com o Artigo 1º do Despacho Normativo N.º 11/2002 de 6 de março do Ministério da Saúde, os serviços de urgência são “*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*”. Este SU encontra-se em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana.

Segundo o Despacho N.º 10319/2014 de 11 agosto do Ministério da Saúde, existem três tipologias de serviços de urgências consoante os níveis de resposta, sendo este local de estágio um serviço de urgência de tipologia polivalente, ou seja, detém o “*nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência*”. Também de acordo com Despacho N.º 4835-A/2016 de 8 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, é obrigatória a utilização do sistema de triagem de Manchester, que está em vigor nesta instituição desde 2007.

Devido ao facto de este SU ser polivalente detém uma vasta diferenciação técnica e de recursos pelo que, desta forma, admite todos os utentes independentemente da sua proveniência. Integra numa rede de organização de urgências, que consiste na centralização de uma resposta noturna (20h às 8h) para referenciação inter-hospitalar de todos os utentes urgentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, da Região do Alentejo e do Algarve, de acordo

com a especialidade que foi definida nessa resposta noturna (especialidades cirúrgicas e médicas), descrito na Portaria n.º 212-A/2018, de 28 de março, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde.

No Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde, encontra-se publicado que foram “*definidas uma Rede de Referência genérica e Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes (VV) e para competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos de doentes*”, portanto “*entende-se que devem ser definidos Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e de Centros Trauma (CT) em número e localização adequados à população, demografia e rede viária atuais*” que entra em concordância com o funcionamento deste serviço. Este SU detém em funcionamento o sistema de orientação de Vias Verdes: Via Verde Coronária, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Sepsis e Via Verde Trauma.

Relativamente à sua estrutura e organização, apresenta uma área aberta de entrada de acesso fácil, onde possibilita a circulação livre por utentes a pé e/ou cadeira de rodas e uma segunda entrada para macas e/ou para pessoa em situação crítica, em emergência. Na zona de entrada, localiza-se o primeiro atendimento logístico, inscrição e recolha de dados ou informações e posteriormente o encaminhamento para as salas de triagem. Consiste numa entrada de acesso rápido aos balcões, com profissionais de saúde distribuídos de forma a facilitar a procura de informações e com indicações localizadas de forma visível e perceptível. Apresenta uma porta de acesso à área de triagem, onde existem 4 salas de triagem, sendo uma estruturalmente maior destinada a macas.

Em situações urgentes ou emergentes, é facilitado o acesso direto a partir da entrada de macas que não coincide com outros espaços de espera ou locais públicos, pois é feita a passagem pela área de triagem e posteriormente realizada a ativação da equipa de emergência através de campainha/sirene de aviso a partir da entrada.

Na área seguinte à triagem existe um conjunto de salas de espera junto dos gabinetes de cada especialidade médica (ex.: medicina interna, ortopedia, psiquiatria, entre outros).

O SU dispõe de balcão de observação de ambulatório, balcão de observação de macas, 5 salas de observação, salas de emergência/reanimação, sala de trauma (onde é assegurado a presença de dispositivos imagiológicos em permanência), serviço de urgência de psiquiatria e uma Área para Doentes Respiratórios. A área de salas de observação é um local destinado à vigilância e monitorização contínua da pessoa, desenhadas de forma a que os profissionais disponham de contacto visual direto para os utentes e vice-versa.

A nível organizacional, a equipa de enfermagem é dividida em equipa de coordenação, composta por 1 enfermeiro gestor e 4 enfermeiros coordenadores, e 7 equipas na prestação direta de cuidados, num total de 148 enfermeiros. Neste total, 37 enfermeiros são especialistas. A acrescentar, este SU detém uma equipa destinada ao gabinete de informação, que consiste na prestação de informações diariamente a familiares de pessoas inscritas no SU a aguardar intervenção e/ou internamento, num horário pré-definido.

Observo o local com um acolhimento humanizado desde a valorização do indivíduo em si e das suas necessidades, ao respeito pela sua cultura, dos seus valores e individualização dos cuidados. No entanto, quando surge um maior número de admissão de utentes num espaço de tempo menor, conseqüentemente o número de profissionais não corresponde à afluência; traduz uma menor otimização da relação interpessoal, do conforto no período de espera para observação médica, a permanência prolongada no SU e trabalho sobrecarregado nos profissionais de saúde.

1.2. UC Relatório Final e Estágio

O estágio desta unidade curricular decorreu numa unidade de cuidados intensivos do referido centro hospitalar, no período compreendido entre 5 de setembro de 2022 a 16 de dezembro de 2022, com uma carga total de 750h de trabalho, sendo 360h de contexto prático e o restante de trabalho autónomo.

Por definição da European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), no documento “Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects”, redigido por Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011), as UCI têm como objetivo a abordagem à pessoa em situação crítica, onde é realizado, dentro da sua complexidade, monitorização contínua, suporte na falência multiorgânica e cuidados especializados em situações de doença aguda presente ou eminente e potencialmente reversível. São prestados cuidados de saúde diferenciados, nas diversas valências multidisciplinares e integrados de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com patologias médicas e cirúrgicas, cujo objetivo é abordar a pessoa como um todo e não uma abordagem fragmentada (Valentin, A. & Ferdinande, P., 2011; Paiva et al, 2017).

Esta UCI onde foi realizado o estágio encontra-se em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana, durante todo o ano. Funciona de forma contínua, com manutenção da resposta ao tipo de exigência e solicitações atuais.

Ainda referindo Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011), as UCI podem ser constituídas na sua organização por unidades intensivas (camas de nível III) e intermédias

(camas de nível II). As camas de nível III, ou seja, intensivas, têm o critério de pessoa em situação crítica que apresente disfunção orgânica de dois ou mais sistemas, com necessidade de cuidados de suporte. As camas de nível II, ou intermédias, têm o critério de pessoa em situação crítica que exige monitorização contínua, sem necessidade de ventilação invasiva e que apresentam disfunção de apenas um sistema orgânico.

A unidade onde iniciei o estágio, detém no total 24 camas de nível III distribuídas por 12 salas, sendo realizada a gestão de camas de nível II consoante as necessidades do serviço; uma sala com uma cama para pessoa em situação crítica dedicada exclusivamente para Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (eCPR); uma sala com duas camas para procedimentos a utentes externos ao serviço, tais como: colocação de electrocateteres provisórios, fibroscopias, técnicas dialíticas, plasmaferese, hemoperfusão, colocação de cateteres de hemodiálise, entre outras atitudes terapêuticas.

A UCI deste local de estágio é um Centro de Referência Nacional de ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation ou Oxigenação por Membrana Extracorporeal), certificada desde 2017, reconhecido no Despacho do Ministério da Saúde n.º 6669/2017 de 2 de agosto e encontra-se estruturalmente organizada para receber a pessoa em situação crítica com critérios de eCPR, quer a agilização seja feita via SU ou por via pré-hospitalar. A técnica ECMO baseia-se num circuito sanguíneo extracorporeal, que consiste na remoção de sangue através de um acesso venoso de grande calibre (cânula), para a realização de oxigenação celular através de um oxigenador, devolvido à pessoa posteriormente por outra cânula numa veia (ECMO VV) ou artéria (ECMO VA); o objetivo consiste em promover suporte de vida transitório para pessoas em situação crítica com insuficiência respiratória ou cardíaca, respetivamente, que é previsto como potencialmente reversível ou em situações de paragem cardíaca intra e extra-hospitalar. Permite assim um suporte das funções cardíaca ou pulmonar até à recuperação e/ou avanço para transplante (ELSO guidelines, 2014; Kittnar, 2022). Para tal efetuar esta prática, é mandatório haver uma equipa multidisciplinar treinada e adequadamente qualificada para a complexidade cuidados que carece a pessoa sob esta técnica.

A dotação de recursos nesta UCI passa por 110 enfermeiros, sendo que estão 16 enfermeiros por turno, em que 3 enfermeiros assumem funções de gestão de equipa e gestão do turno, procedimentos externos e também eCPR, conforme as suas respetivas competências. São no total 1 especialista em saúde mental, 6 especialistas em reabilitação e 15 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. De acordo com o Parecer n.º 15/2018 da OE (OE, 2018a) relativamente às funções do enfermeiro especialista em enfermagem

médico-cirúrgica nas UCI, entende-se que “formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades”, sendo assim necessário a presença de enfermeiros especialistas num serviço com tamanha diferenciação e complexidade.

Dispõe de uma equipa fixa de 16 médicos, sendo que estão 3 médicos assistentes por turno. São 18 assistentes operacionais na totalidade, dividindo-se por 5 assistentes operacionais na manhã, 4 assistentes operacionais na tarde e 3 assistentes operacionais no turno da noite.

Releva-se a importância da qualidade das instalações, a otimização do ambiente envolvente e os próprios equipamentos, sendo fatores relevantes (de forma direta ou indireta) para o tratamento, conforto e bem-estar da pessoa e respetivos familiares, assim como para os profissionais de saúde, que entra em concordância com as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos, emitido pela Administração Central do Sistema de Saúde, (2013). Este tipo de serviço especializado deve ter uma localização estratégica próxima do SU, bloco operatório e radiologia e profissionais de saúde com competências e habilidades relativamente à pessoa em situação crítica.

Cada sala tem duas camas e um posto de trabalho de enfermagem, o que torna possível a visualização direta para a pessoa em situação crítica e vice-versa, permitindo assim uma vigilância contínua e o seu acesso imediato.

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011) caracteriza dois tipos de pessoa em situação crítica numa UCI: a que tem doença em fase agudizada ou em consequência de uma intervenção cirúrgica/médica que ameaça a vida ou a que apresenta efetivamente falência de pelo menos um dos sistemas orgânicos e que, contudo, se prevê uma possível recuperação. Neste segundo tipo excluem-se pessoa em situação crítica com doença terminal, embora hajam procedimentos consideráveis em situações de cuidados paliativos e incluem-se as situações de morte cerebral para doação de órgãos.

Os cuidados de enfermagem passam pelo conhecimento da situação da pessoa em situação crítica, de acordo com as suas competências manter os cuidados de suporte das funções vitais que se encontram em risco de falência e/ou em falência e dar resposta a todas as suas necessidades, assim como “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” de acordo com o Artigo 103º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) republicado na lei n.º 156/2015 de 16 de setembro anexada ao Decreto-Lei 104/98 de 21 de abril, pois “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

O estágio dividiu-se em dois espaços físicos devido à existência de obras pelo que houve uma mudança de espaço, dentro da mesma instituição, no decorrer da prática clínica. Neste período de tempo inicial em que decorria o processo de obras de estrutura e alargamento do serviço, observei que a sala de espera encontrava-se inacessível. A entrada de profissionais e visitas era realizada na porta oposta das salas de acolhimento e administrativo prévias. A entrada do serviço situava-se num corredor de circulação de profissionais e utentes, apresentava uma porta de entrada devidamente identificada com o nome do serviço, janelas que permitiam a entrada de luz, cadeiras e uma caixa para colocação de inquéritos de satisfação a familiares. Observo um acolhimento adequadamente adaptado dentro do limite das condições existentes, realizado na entrada do serviço onde é possível privacidade e o início da relação interpessoal entre familiares e profissionais de saúde.

Em contexto hospitalar, numa situação de recurso ao SU ou numa situação de visita a um familiar internado numa UCI, a forma como a pessoa vivencia esse momento pode provocar uma experiência negativa que influencia a sua resposta a nível emocional. Torna-se assim indispensável oferecer um acolhimento adequado à pessoa internada ou a quem visita. Apesar da ausência de condições físicas para realizar o acolhimento, o mesmo foi colmatado pela equipa de profissionais de saúde do serviço com sucesso, através da adaptação do espaço disponível neste período de tempo transitório, considerando que o acolhimento humanizado não depende apenas da infraestrutura hospitalar, mas também da disponibilidade, sensibilidade e das competências do enfermeiro na construção de uma relação terapêutica (Costa & Cambiriba, 2010; Soares et al, 2021).

Durante a relação enfermeiro – pessoa em situação crítica, são evidenciados diversos focos de cuidados de enfermagem, sendo um desses focos, os familiares. Neste processo dinâmico, torna-se imprescindível salientar a importância do envolvimento dos familiares ou da pessoa significativa na prestação de cuidados e envolvimento nas decisões clínicas. Torna-se bastante relevante na pessoa em situação crítica “a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, (...) adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”, num processo de parceria com os familiares (OE, 2001).

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES

Para obter um conjunto de conhecimentos e habilidades demonstráveis dignos deste âmbito académico, é necessário concretizar uma ampla aprendizagem dos vastos domínios de intervenção e de desempenho.

Acrescento ainda a importância do conhecimento técnico e científico na deteção, decisão clínica e intervenção em pessoa crítica com necessidades de cuidados complexos em vista à sua “*estabilização, manutenção e recuperação*”, tal como é referido no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da OE).

Neste capítulo é realizada a descrição dos objetivos e atividades delineados para os respetivos estágios, de acordo com o contexto onde foram realizados os mesmos.

2.1. UC Vigilância e Decisão Clínica

Para este estágio de VDC definiu-se o objetivo geral:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e respetivos familiares.

O presente projeto reflete o percurso de aprendizagem para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre. Procurei como objetivos específicos de aprendizagem no decorrer desta prática clínica:

Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes na pessoa em situação crítica de acordo com a complexidade da sua situação clínica e de acordo com questões éticas identificadas durante a sua permanência em serviço de urgência.

Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes na pessoa em situação crítica elaborando diagnósticos de enfermagem observados no doente em serviço de urgência e analisando os diferentes métodos de trabalho de enfermagem.

Para atingir os objetivos definidos foram propostas atividades, que se encontram no Apêndice A.

De forma a cumprir as atividades propostas, foi elaborado um cronograma de atividades, contemplado no Apêndice C.

3.2. UC Relatório Final e Estágio

O objetivo geral desta unidade curricular definiu-se como:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e respetivos familiares.

O presente projeto reflete o percurso de aprendizagem e aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre. Procurei como objetivo específico de aprendizagem no decorrer desta prática clínica:

Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes de forma a prevenir complicações e eventos adversos decorrentes da complexidade da situação clínica, nomeadamente nas pessoas com: disfunção multiorgânica, ventilação artificial incluindo “desmame” ventilatório; técnicas hemodialíticas.

Para atingir o objetivo definido foram propostas atividades, que se encontram no Apêndice B.

De forma a cumprir as atividades propostas, foi elaborado um cronograma de atividades, contemplado no Apêndice D.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os contextos de estágio são locais que oferecem inúmeras oportunidades de aprendizagem e, portanto, uma existência ilimitada de experiências possíveis de desenvolvimento especializado.

Como limitações descrevo a atualidade de escassez de recursos humanos, tanto no meu local de trabalho como nos locais de estágio que diminui a disponibilidade pessoal e dos profissionais; adaptação da equipa devido a alterações da infraestrutura, o que influencia direta e indiretamente a disponibilidade para aproveitar mais oportunidades, dado a quantidade volumosa de necessidades de trabalho do serviço, e o cansaço adjacente dos profissionais.

A elaboração deste projeto de estágio reflete o início de um percurso pessoal e profissional, cuja finalidade é de uma melhoria do meu desempenho e desenvolvimento de competências comuns e específicas de especialista e mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 226/2018, de 16 de abril. Diário da República n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16, p. 10758 – 10764.
2. Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06, p. 1865 – 1866 (2002).
3. Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, p. 20673 – 20678 (2014).
4. Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 69/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-08, p. 2 – 2 (2016)
5. Portaria n.º 212-A/2018, de 28 de março. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República n.º 62/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-03-28, p. 2 – 5 (2018).
6. Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. Intensive Care Medicine. 37: 1575–1587. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
7. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, p. 4744 – 4750.
8. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p. 19359 – 19370.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1 - Plano de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Quadro 1 - Plano de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Competências Comuns, Específicas e de Mestre	Objetivos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	<p>1. Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes na pessoa em situação crítica de acordo com a complexidade da sua situação clínica e de acordo com questões éticas identificadas durante a sua permanência em serviço de urgência.</p> <p>2. Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes na pessoa em situação crítica elaborando diagnósticos de enfermagem observados em serviço de urgência e analisando os diferentes métodos de trabalho de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma reflexão de duas situações experienciadas conforme o Ciclo de Gibbs • Consulta de normas e protocolos existentes no serviço de urgência • Leitura e consulta de bibliografia sobre cuidados a pessoa em situação de falência multiorgânica. • Leitura e consulta de bibliografia sobre métodos de trabalho em enfermagem. • Integração nas várias áreas do serviço de urgência, durante todo o período de estágio. • Elaboração de quadro com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes conforme a CIPE®. • Participação na ação de formação Via Verde Coronária em vigor durante o estágio em SU. • Elaboração de portfolio com a bibliografia recolhida durante o estágio em SU. • Pesquisa e consulta do plano nacional, distrital e municipal para situações de emergência e catástrofe. • Leitura do plano de catástrofe institucional.
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais		
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica		
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua		
Garante um ambiente terapêutico e seguro		
Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde		
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados		
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica		
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação		
Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas		
Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;		

<p>ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação</p>		
<p>Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo</p>		
<p>Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades</p>		
<p>Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo</p>		
<p>Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem</p>		

APÊNDICE B

Quadro 2 - Plano de atividades do contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Quadro 2 - Plano de atividades do contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Competências Comuns, Específicas e de Mestre	Objetivos	Atividades Desenvolvidas
Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	<p>1. Desenvolver competências no âmbito de intervenções exequíveis e coerentes de forma a prevenir complicações e eventos adversos decorrentes da complexidade da situação clínica, nomeadamente nas pessoas com: disfunção multiorgânica, ventilação artificial; técnicas hemodialíticas</p>	<p>a) Consulta de normas e protocolos existentes da unidade de cuidados intensivos.</p> <p>b) Leitura e pesquisa de bibliografia de ventilação mecânica invasiva e técnicas de substituição renal.</p> <p>c) Participação na elaboração de diagnósticos de enfermagem do doente crítico em momento de extubação.</p> <p>d) Elaboração de portfolio com a bibliografia recolhida durante o estágio em UCI.</p> <p>e) Participação nas consultas de follow-up.</p> <p>f) Realização de uma reflexão crítica acerca da minha experiência nas consultas de follow-up.</p> <p>g) Participação no acolhimento à família.</p> <p>h) Elaboração de uma instrução de trabalho.</p> <p>i) Elaboração de um relatório final.</p> <p>j) Elaboração de uma <i>scoping review</i>.</p>
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais		
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica		
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua		
Garante um ambiente terapêutico e seguro		
Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde		
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados		
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica		
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação		

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas		
Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação		
Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo		
Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades		
Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo		
Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou		

incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem		
--	--	--

APÊNDICE C

Quadro 3 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Quadro 3 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Serviço de Urgência

Atividades a desenvolver	Datas de estágio						
	1 ^a -2 ^a semana	3 ^a -4 ^a semana	5 ^a -6 ^a semana	6 ^a -7 ^a semana	8 ^a -9 ^a semana	10 ^a -11 ^a semana	12 ^a -13 ^a semana
Realização de uma reflexão de duas situações experienciadas conforme o Ciclo de Gibbs							
Consulta de normas e protocolos existentes no serviço de urgência							
Leitura e consulta de bibliografia sobre cuidados a pessoa em situação de falência multiorgânica.							
Leitura e consulta de bibliografia sobre métodos de trabalho em enfermagem.							
Integração nas várias áreas do serviço de urgência, durante todo o período de estágio.							
Participação na ação de formação Via Verde Coronária em vigor durante o estágio em SU.							
Elaboração de portfolio com a bibliografia recolhida durante o estágio em SU.							
Pesquisa e consulta do plano nacional, distrital e municipal para situações de emergência e catástrofe.							

APÊNDICE D

Quadro 4 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Unidade de Cuidados
Intensivos

Quadro 4 - Cronograma de atividades do contexto de estágio Unidade de Cuidados

Intensivos

Atividades a desenvolver	Datas de estágio							
	1 ^a -2 ^a semana	3 ^a -4 ^a semana	5 ^a -6 ^a semana	6 ^a -7 ^a semana	8 ^a -9 ^a semana	10 ^a -11 ^a semana	12 ^a -13 ^a semana	14 ^a -15 ^a semana
Consulta de normas e protocolos existentes da unidade de cuidados intensivos.								
Leitura e pesquisa de bibliografia de ventilação mecânica invasiva e técnicas de substituição renal.								
Elaboração de uma <i>scoping review</i>								
Participação na elaboração de diagnósticos de enfermagem do doente crítico em momento de extubação.								
Elaboração de portfolio com a bibliografia recolhida durante o estágio em UCI.								
Participação nas consultas de follow-up.								
Realização de uma reflexão crítica acerca da minha experiência nas consultas de follow-up.								
Participação no acolhimento à família.								
Elaboração de uma instrução de trabalho.								
Elaboração de um relatório final.								

APÊNDICE III
Scoping Review Protocol

RISK FACTORS THAT CONTRIBUTE TO SELF-EXTUBATION OF ADULT IN INTENSIVE CARE UNIT – A Scoping Review Protocol

Authors

Osório, Inês.

Tavares, Stephanie.

Abstract

Objective:

The purpose of this scoping review is to map and identify the scientific evidence about the risk factors contributing to self-extubation in adult patients in the intensive care unit.

Introduction:

In a ventilated person with an endotracheal tube, self-extubation sometimes occurs, an adverse event that is reflected in quality indicators and patient safety. The prevention of self-extubation is a challenge for the nursing team and other health professionals, so there is a need to identify the risk factors described.

Inclusion criteria:

To develop the research question, the "PCC" structure was used (P - population; C - concept; C - context). The population considers all adults aged over 19 years, inclusive; the concept identified consists of the risk factors that contribute to self-extubation in adults under invasive mechanical ventilation; and the context of the study is any type of intensive care unit.

Methods:

This Scoping Review will be conducted according to the JBI methodology (Joana Briggs Institute). All studies since 2017 (last 5 years) in Portuguese, English or Spanish are considered. In an initial search, the main keywords used in the studies will be identified, in order to select the descriptors according to the Medical Subject Headings (MeSH) terms. Afterwards, the search will be performed with the descriptors defined in the COCHRANE®, PUBMED® and Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®) databases and the inclusion/exclusion criteria will be considered. Systematic reviews, quantitative and qualitative studies, and gray literature studies are included. The search strategy will be conducted by two independent reviewers.

Review question

What is the available scientific evidence on risk factors contributing to self-extubation in the adult in the intensive care unit?

Keywords

Airway Extubation; Intensive Care Unit; Risk Factors; Self-extubation.

Eligibility criteria

Population: This scoping review considers studies that include adults aged 19 years or older, regardless of gender or sociocultural context, with an endotracheal tube.

Concept: This scoping review considers studies that explore scientific evidence about risk factors that contribute to adult self-extubation, throughout hospitalization.

Context: This scoping review considers studies contextualized in intensive care units.

Types of Sources

This scoping review considers all qualitative studies, quantitative studies, and literature reviews that include the proposed inclusion criteria.

Methods

The proposed Scoping Review will be conducted according to the JBI methodology (Joana Briggs Institute), in accordance with the manual for review writing for authors (Aromataris & Munn, 2020).

Search strategy

This scoping review considers only published studies. An initial search in the EBSCO-host search platform and PubMed® and Google Scholar databases will be conducted to verify which studies addressed the theme of this review and identify the main keywords used. The next step was to search the COCHRANE®, PUBMED® and Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®) databases. Then, the selection of studies whose titles and abstracts containing the defined inclusion criteria will be performed. During the search strategy for each information source, the same MeSH terms will be used. Appendix I contains the list of descriptors to be used in the database search. The list identifying each information source will be made available for further study.

The studies included are limited to a period of 5 years after publication, in Portuguese and English. The sources of information consider qualitative studies, quantitative studies,

and literature reviews. Grey literature will also be considered. The search includes two independent investigators.

Source of Evidence selection

Mendeley Desktop software version 1.19.8 ©2008-2020 will be used for reference management of the selected articles. The search strategy will be performed by two independent reviewers, using the Rayyan Qatar Computing Research Institute tool for literature reviews, after eliminating duplicate studies. The preliminary step will consist of selecting studies by title. Next, studies will be selected through the relevance of the abstract, and finally, the selection of studies after reading the full text. Situations of disagreement will be discussed and resolved to reach consensus, however the need for intervention by a third reviewer may be considered. The research strategy will be presented after the scoping review, illustrated according to the PRISMA ScR - flow diagram, in order to provide a visual representation of the results.

Data Extraction

According to the studies included in the reference collection tool, the results will be extracted for analysis in accordance with the definition of population, concept, context, descriptors and relevant methodology to frame the review question in Appendix II.

It is safeguarded during the data extraction process that changes and revisions to the data extraction tool may be necessary, but will be exposed in the scoping review.

Data Analysis and Presentation

The results obtained should correspond to the proposed objective and research question. They will be presented in a graph and/or diagram. A discussion will be held about the obtained results that correspond to the objective and research question.

Acknowledgements

Due to permission to use the database access platforms of the Ordem dos Enfermeiros and Instituto de Ciências da Saúde of the Universidade Católica Portuguesa, it was possible to accomplish this scoping review.

Funding

No funding was considered.

Conflicts of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest.

References

Aromataris E, Munn Z (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. DOI:
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Appendices

Appendix I: Search strategy

Search	Query	Retrieved Results
#1	Airway extubation [all fields]	4394
#2	Risk Factors [all fields]	1555317
#3	Intensive care units [all fields]	123862
#4	Airway extubation [all fields] AND Risk Factors [all fields] AND Intensive care units [all fields]	210
#5	#4 limited to publication date 5 years	98
#6	#5 limited to adult 19+ years	46

Appendix II: Data Extration Instrument

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	Risk Factors Contributing to Self-Extubation in Adults in Intensive Care Units - A Scoping Review Protocol
Review objective/s:	The purpose of this scoping review is to map and identify the scientific evidence about the risk factors contributing to self-extubation in adult patients in the intensive care unit.
Review question/s:	What is the available scientific evidence on risk factors contributing to self-extubation in the adult in the intensive care unit?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	Adult person aged 19 years or older, regardless of gender or sociocultural context, with an endotracheal tube.
Concept	Risk factors that contribute to self-extubation in an adult person, during the entire hospitalization.
Context	Intensive Care Unit
Types of evidence source	This scoping review considers all qualitative and quantitative studies and literature reviews that include the proposed inclusion criteria, in the last 5 years, in Portuguese and English languages.
Evidence source Details and Characteristics	
Author/s	
Publication Date	
Country/language	
Key-words	
Methodology adopted	
Evidence Level	
Number of Participants	

Objective of the study	
Risk factors results	
Details/Results extracted from source of evidence (concept of the scoping review)	
Risk factors	
Limitations	

Aromataris & Munn (2020)

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Observador da Higiene das Mãos



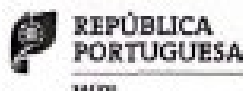
Certificado

SAYS LIVE!
SUPPORTING

Certifica-se que a Exma. Sr.^a Enfermeira Inês Osório, a exercer funções na Unidade de Medicina foi Observador da Higiene das Mãos em 2020, conforme o protocolo da DGS/OMS, contribuindo para a determinação da taxa de adesão à prática de higiene das mãos na sua Unidade e no

Lisboa, 27 de Abril 2021

GCL-PPCIRA -



40
ANOS

SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ppCIRA
Plano de Contribuição Local

#SupportNursesAndMidwives

#HandHygiene #InfectionPrevention

ANEXO II

**Declaração de participação na ação de formação “Abordagem Urgente
ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÉS BAPTISTA OSÓRIO** frequentou a **Ação de Formação "Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio"**, realizada no dia **24 de Maio de 2022**, com a duração total de **7 horas**.

Lisboa, 25 de Maio de 2022

Declaração N.º 5926/2022/LL

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

ANEXO III

**Declaração de participação na ação de formação “Observadores da
Higiene das Mãos”**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÉS BAPTISTA OSÓRIO** frequentou a **Acção de Formação "Observadores da Higiene das Mãos"** realizada no dia **9 de Março de 2021**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 19 de Março de 2021

Declaração N.º 1135/2021/LS

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)