



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Viviana Maria Oliveira Bernardes

Porto – outubro de 2019





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

A PATH ON DEVELOPING SKILLS OF THE SPECIALIST NURSE-SURGICAL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com  
especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Viviana Maria Oliveira Bernardes

Sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Irene Oliveira

Porto – outubro de 2019



## RESUMO

Este relatório descreve o percurso realizado e as competências adquiridas no Estágio inserido na Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico–Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde-Porto, da Universidade Católica Portuguesa. O período de estágio decorreu de 4 de fevereiro a 29 de março de 2019, e de 3 de abril a 6 de junho de 2019, num centro hospitalar, no grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (GCLPPCIRA), e na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), respetivamente.

A metodologia utilizada é descritiva e analítica, através da reflexão acerca das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas. Relativamente ao estágio desenvolvido no GCLPPCIRA, as principais atividades passaram por participar na análise e revisão dos processos clínicos dos doentes e da vigilância epidemiológica e, ainda, a participação em vários procedimentos relacionados com o controlo de infeção, com aprofundamento no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC), através da análise de conhecimentos dos profissionais num serviço cirúrgico e posterior intervenção como melhoria dos cuidados prestados.

No que diz respeito ao estágio realizado na UCIP as principais atividades consistiram na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica, participando em vários procedimentos desde a monitorização invasiva, a hemodiafiltração, a colocação do cateter venoso central, a alimentação entérica e parentérica, entre outros. Para além disso, a elaboração de um estudo de caso, com o aprofundamento da temática sobre a ventilação mecânica, em concreto, no processo de desmame ventilatório.

A realização deste percurso permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional na prestação de cuidados de enfermagem especializados na abordagem ao doente em situação crítica, mantendo sempre como foco a minimização das infeções associadas aos cuidados de saúde. Cabe ao enfermeiro especialista, por um lado, a atuação na prática clínica com base na diminuição das taxas das infeções associadas aos cuidados de saúde e, por outro lado, a excelência do exercício na prestação de cuidados ao doente crítico, adotando por uma abordagem holística, envolvendo a família e/ou pessoas significativas no processo de doença.

**Palavras-chave:** enfermeiro especialista; enfermagem médico-cirúrgica; controle de infeção.



## **Abstract**

This report will describe the path taken and the skills acquired in the Internship inserted in the Curricular Unit - Final Internship and Report conducted within the Masters Course in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing taught in the “Instituto de Ciências da Saúde-Porto”, part of “ Universidade Católica Portuguesa”. The internship went from February 4th to March 29th, 2019, and from April 3rd to June 6th 2019, in a hospital center, in the local coordination group of control and prevention of infections and antimicrobial resistance (GCLPPCIRA), and in the multipurpose intensive care unit (UCIP), respectively.

The methodology used is descriptive and analytical, through reflection on the developed activities and acquired skills. About the internship practiced at GCLPPCIRA, the main activities were the analysis and review of clinical files of some patients and also their epidemiological surveillance. There was also participation in various procedures related to infection control, with a close up in the preventing the infection of the surgical site, that being made through the analysis of the knowledge of some professionals in a surgical service and subsequent intervention as improvement of care provided.

In regard to the internship performed at the UCIP, the main activities consisted of providing specialized nursing care to critically ill patients, participating in various procedures from invasive monitoring, hemodialysis, placing the central venous catheter, enteral and parenteral feeding, among others. Besides that, there was also a case study, with a close up on the theme of mechanical ventilation, more specific, the process of ventilatory weaning.

All these phases led to the personal and professional development allowing better providing of nursing specialized care when approaching the critically ill patient, always keeping the focus on the minimization of infections associated with health care. It is up to the specialist nurse, on one hand, to act having his focus on the reduction of the rates of healthcare associated infections (IACS) and, on the other hand, to provide excellence in the care of critically ill patients, adopting a holistic approach, always involving family and / or other significant people in the disease process.

**Keywords:** specialist nurse; medical-surgical nursing; infection control.



*“Um paciente não é só um paciente.*

*Ele é o amor de alguém.*

*O pai de alguém.*

*A mãe de alguém.*

*O filho de alguém.*

*Avô, Avó de alguém.*

*O melhor amigo de alguém.*

*O amor da vida de alguém.*

*Nossa missão é a todo instante,  
Cuidar e fazer de tudo pelo amor da vida de alguém.”*

*(autor desconhecido)*





## **Siglas**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**CAM-ICU** – Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**GCL** - Grupo de Coordenação Local

**GCLPPCIRA** - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ILC** – Infeção do Local Cirúrgico

**MRSA** – *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBCI** – Precauções Básicas do Controlo de Infeção

**PPCIRA** - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



## Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Maximização da intervenção e prevenção do controlo de infecção .....</b>	<b>15</b>
2.1. Descrição do local e dinâmica .....	16
2.2. O percurso realizado .....	18
2.3. As competências adquiridas .....	22
2.4. A importância da prevenção da infeção do local cirúrgico.....	25
<b>3. O cuidado holístico do doente em situação crítica .....</b>	<b>31</b>
3.1. Descrição do local e dinâmica .....	32
3.2. O percurso realizado .....	35
3.3. A importância do cuidado no doente crítico .....	41
3.4. As competências adquiridas .....	47
<b>4. Conclusão .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>55</b>
<b>6. APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
APÊNDICE I - Questionário de avaliação de conhecimentos do feixe de intervenção - ILC.....	63
APÊNDICE II - Representação gráfica dos resultados relativos à avaliação de conhecimentos.....	67
APÊNDICE III - Poster do feixe de intervenção ILC.....	71
APÊNDICE IV - Estudo de Caso.....	73



## **1. Introdução**

Na procura constante de um exercício excelente na prestação de cuidados ao doente crítico, adotando uma abordagem holística, surgiu a necessidade de realizar o Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Deste modo, no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório realizou-se o presente trabalho, que tem como objetivo descrever as atividades realizadas ao longo do estágio, bem como, assinalar o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que foram sendo adquiridas no âmbito do estágio na área do controlo de infeção e da assistência ao doente crítico.

A enfermagem defende uma visão holística do cuidar da pessoa doente ao longo do ciclo vital, necessitando de um cuidar específico e adequado à circunstância de cada pessoa, o que implica competências específicas dos enfermeiros para cada situação (Rabim, 2017). Os cuidados prestados pelos enfermeiros deverão concentrar-se no bem-estar biológico, emocional, social e espiritual, nunca esquecendo a influência do ambiente na saúde da pessoa cuidada (Farias, 2005). Para além disso, o exercício da profissão de enfermagem assenta em princípios éticos e deontológicos, procurando que os cuidados prestados respeitem os princípios básicos, nomeadamente o respeito pela autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O doente em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais

funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 1). Nos cuidados de enfermagem ao doente propriamente dito é de extrema importância o contacto com a família, sendo fundamental no processo de recuperação. A relação com a família do doente crítico deve ser simples, composta por pequenos detalhes que aproximam e fortalecem a relação enfermeiro-família.

Ainda, como parte assistencial não só do doente crítico, mas como competência transversal do enfermeiro especialista, abrange a importância do enfermeiro no que diz respeito à prevenção do controlo de infeção, da implementação de programas de vigilância epidemiológica, na construção de instrumentos de colheita de dados e, por conseguinte, a supervisão e a realização de auditorias às práticas dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim sendo, é competência do enfermeiro especialista o papel predominante de usar o pensamento reflexivo, de mobilizar para a prática clínica um vasto conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, prestando cuidados de enfermagem de excelência, tendo sempre presente a responsabilidade profissional e ético-deontológica.

A minha experiência profissional desde 2014, altura em que iniciei o meu percurso como enfermeira, inicialmente no âmbito de enfermagem do trabalho pela autorização concedida pela Direção Geral de Saúde (DGS) e, mais tarde, no início do ano 2016 iniciei funções na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar, nomeadamente no serviço de urgência e, posteriormente, no serviço de ortopedia. Após o início da prestação de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica e ao doente cirúrgico, dada a complexidade deste tipo de cuidados, surgiu a necessidade de evoluir, ampliando o conhecimento específico neste âmbito, com o reconhecimento de prestar cuidados especializados.

O estágio realizado no 1ºano do curso de mestrado com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, referente à unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, decorreu num centro hospitalar da região norte, no serviço de urgência. Dada a experiência profissional no contexto de urgência, a realização do estágio no mesmo serviço de outra unidade hospitalar permitiu o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista, algumas delas já em aquisição através da prática profissional. Por exemplo, a abordagem do doente na sala de emergência, a atuação perante uma situação de paragem cardiorrespiratória, os cuidados a desenvolver no doente com trauma, entre outros. Assim, permitiu a aquisição e o aprofundamento de competências não só na vertente técnica, bem como, na vertente relacional, aquando do acompanhamento da família em lidar com o stress da situação crítica do seu familiar.

O estágio constitui um momento prático de aprendizagem que permite o desenvolvimento de competências para abordagem na intervenção e prevenção do controlo de infeção e no cuidado do doente em situação crítica. A elaboração do projeto de estágio foi fundamental para planear as atividades a desenvolver indo de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O período de estágio na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” teve a duração total de 360 horas de contacto, dividido em dois momentos, cada um deles com 180 horas. Para além das horas de estágio, a unidade curricular compreendeu 20 horas de seminário de 20 horas de orientação tutorial, perfazendo um total de 400 horas de contacto. O primeiro estágio decorreu no GCL-PPCIRA, no período de 4 de fevereiro de 2019 a 29 de março de 2019 e, o segundo estágio decorreu na UCIP de 3 de abril de 2019 a 6 de junho de 2019. Ambos os estágios decorreram num centro hospitalar.

O centro hospitalar localiza-se na região centro, sendo constituído por três unidades distintas, localizadas em diferentes concelhos, compostas por áreas cirúrgicas e médicas. A unidade onde foi realizado ambos os estágios, possui vários serviços não clínicos e clínicos, integrando uma UCIP, que tem capacidade assistencial de 11 doentes com uma grande diversidade de causas de internamento e, ainda, por uma GCL-PPCIRA que tem como responsabilidade a promoção e prevenção do controlo de infeção em todas as unidades.

A realização do estágio no contexto do controlo infeção surgiu pela inquietação em adquirir conhecimentos especializados no âmbito da minimização das infeções hospitalares e quais as intervenções mais adequadas a adotar pelos profissionais na sua prática clínica. Para além disso, faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a maximização e prevenção do controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No período de estágio no GCL-PPCIRA, as atividades desenvolvidas tiveram como foco a aquisição de competências no âmbito da intervenção e prevenção do controlo de infeção, nomeadamente, no cumprimento de procedimentos relacionados com o controlo de infeção, identificando as necessidades do serviço nesta área e realizando intervenções adequadas, nomeadamente, no âmbito da prevenção ILC. Por outro lado, no período de estágio realizado na UCIP, o objetivo foi a aquisição de competências relacionados com o doente crítico, através da prestação de cuidados e da realização de um estudo de caso, tendo como principal temática a assistência ao doente em processo de desmame ventilatório.

Com o intuito de desenvolver os aspetos considerados neste relatório, foi desenvolvida uma metodologia descritiva e reflexiva, tendo sido estruturado com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, seguindo-se a abordagem do controlo de infeção, bem como, a abordagem do

doente crítico. O trabalho encontra-se dividido de acordo com o contexto de estágio realizados, dividindo-se em 2 capítulos principais. O primeiro no qual se aborda a temática da intervenção e prevenção do controlo de infeção, com o desenvolvimento de atividades e respetivas competências especializadas que foram sendo adquiridas. Para além disso, foi desenvolvido uma intervenção no âmbito da ILC, com vista a diminuir as taxas de infeção hospitalar. O segundo aborda a área de intervenção do doente crítico, onde são feitas referências às atividades desenvolvidas no decurso do estágio, como sendo a participação em técnicas específicas, bem como, a elaboração de um estudo de caso, com vista o aprofundamento teórico-prático sobre a ventilação mecânica, nomeadamente, no âmbito do desmame ventilatório.



## **2. Maximização da intervenção e prevenção do controlo de infeção**

No curso de mestrado de enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica e, de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, é parte integrante o desenvolvimento de competências no âmbito do Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos na prática clínica, a que corresponde a parte do estágio realizado neste contexto.

Inicialmente no projeto de estágio foram estabelecidos objetivos principais, por um lado, o aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção hospitalar, com o intuito de conhecer a organização do GCL-PPCIRA, o plano de atividades, a vigilância epidemiológica das infeções hospitalares e as intervenções de melhoria no âmbito destas atividades e, por outro lado, adquirir competências no âmbito de intervenção de enfermagem para diminuição das IACS, com a realização de auditorias aos cuidados prestados e o desenvolvimento de intervenções de melhoria na diminuição da taxa de infeção, com análise de uma situação-problema.

A infeção hospitalar representa um problema de dimensão crescente, presente desde há várias décadas, com implicações económicas, sociais e humanas, pelo que requer uma atenção cada vez maior por parte das instituições de saúde e dos profissionais.

As IACS são infeções adquiridas pelos doentes, em consequência dos cuidados e procedimentos prestados pelos profissionais, que

pode afetar não só os doentes, como os profissionais no exercício dessa atividade (Direção Geral de Saúde, 2007). De facto, não é um problema novo, desde cedo que surge o despertar para a relevância de travar as infeções nos cuidados de saúde prestados, continuando, ainda hoje, dia após dia, a assumir cada vez mais importância em Portugal e o mundo.

Neste capítulo, após uma nota introdutória à temática do controlo de infeção, segue-se o subcapítulo referente à descrição do local de estágio e da dinâmica do mesmo, onde são mencionadas as principais atividades que participei durante o estágio. No subcapítulo seguinte, são descritas as atividades realizadas durante o estágio e uma breve resenha histórica da evolução da temática do controlo de infeção. Posteriormente, no subcapítulo seguinte, faz-se referência às competências adquiridas na participação das atividades referidas no capítulo anterior. Por fim, no último subcapítulo, alude-se à importância do feixe de intervenção de prevenção da infeção do local cirúrgico, onde foi desenvolvido um trabalho de análise de conhecimentos desta matéria num serviço cirúrgico do centro hospitalar, com posterior intervenção.

## **2.1. Descrição do local e da dinâmica**

O estágio referente a este contexto foi desenvolvido no GCL-PPCIRA no período de 4 de fevereiro de 2019 a 29 de março de 2019.

Deste modo, no centro hospitalar o GCL é constituído por duas enfermeiras com dedicação completa a esta função e por um médico. A este grupo compete várias intervenções nas três unidades hospitalares que englobam o centro hospitalar. Em resumo, tem como objetivo: a supervisão das práticas locais de prevenção e controlo de infeção e o uso de antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica; garantir práticas locais de isolamento para agentes multirresistentes; promover e corrigir

práticas de prevenção de controlo de infeção, nomeadamente, a higiene das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual, entre outros; promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos; fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança (Ministério da Saúde, 2013).

Cada GCL-PPCIRA estabelece as principais áreas de intervenção e, quanto ao plano de atividades abrange seis grandes grupos: 1) as auditorias no âmbito de área tais como, Precauções Básicas do Controlo de Infeção, Higiene das mãos, Uso e Gestão de luvas as Unidades de Saúde, Qualidade da Limpeza Terminal, Higienização do Ambiente Hospitalar, Feixe de Intervenção – Infeção Local Cirúrgico, Feixe de Intervenção – Pneumonia associada à Intubação, Feixe de intervenção – Infeção associada CVC, Feixe de Intervenção – infeção do trato urinário e ao cateter venoso; *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), entre outras; 2) a vigilância epidemiológica, por exemplo, quanto aos rastreios de MRSA e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), a Monitorização da Infeção Hospitalar e Associada aos cuidados de Saúde; a Monitorização dos Isolamentos microbiológicos e Resistências; 3) os antimicrobianos, com a Monitorização dos Consumos de Antimicrobianos e o Programa de Apoio à prescrição de Antimicrobianos; 4) as formações GCL-PPCIRA, em matéria de Formação de Formadores Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI); Formação de Observadores Adesão Higiene das Mãos, Higienização Ambiental e Limpeza Terminal; os projetos GCL-PPCIRA, através do Manual de Procedimentos, Manual de Antibioterapia, Microsite PPCIRA e Newsletters PPCIRA – Vamos conhecer melhor; 6) e, por fim, em conclusão do plano de atividades, segue-se os eventos a participar, como o Dia Mundial da Higiene das Mãos, Dia Europeu do Antibiótico e Jornadas PPCIRA, Congresso Internacional de IACS e Point Prevalence Survey of Health-Care Associated Infection.

Portanto, verifica-se, quer neste âmbito específico do centro hospitalar, quer pelo mais recente relatório anual do programa prioritário de infeções e resistências aos antimicrobianos de 2018, que os principais resultados de correntes de atuação do PPCIRA, incidem na *“necessidade de se melhorar a vigilância epidemiológica e de se investir na informação transmitida aos profissionais de saúde e aos cidadãos em geral”* (Direção Geral da Saúde, 2018 p. 6). Assim, através da realização do estágio neste contexto tomei conhecimento da constituição do GCL-PPCIRA, bem como, das funções inerentes aos seus elementos.

## **2.2. O percurso realizado**

Em 1847, Ignaz Semmelweis verificou que os profissionais de saúde podiam transmitir infeções, tendo descrito o modo de transmissão da sépsis puerperal, que afetava o aparelho genital feminino após o parto. Semmelweis demonstrou a eficácia de uma medida de prevenção, a desinfeção das mãos antes da prestação de cuidados. Mais tarde, em 1864, Louis Pasteur, propôs a Teoria Microbiana da Infeção e, em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, embora tenha vindo a verificar-se que as bactérias podem rapidamente criar resistências aos antimicrobianos (Pina, et al., 2014).

Florence Nightingale conseguiu demonstrar que a existência de boas condições ambientais, bem como, de alimentação contribuíram para a redução da mortalidade, referindo que a doença era o esforço da natureza para restaurar a saúde e que, mantendo boas condições de ar puro, luz, calor, limpeza, repouso e dieta, favorecia-se o processo reparatório do corpo (Couto, 2005).

Na atualidade, o problema da infeção hospitalar continua a ser considerado de suma importância. Em Portugal em 2013, foi criado pelo Despacho nº 2902/2013, o PPCIRA, sendo considerado um

*“programa de saúde prioritário”*, sendo que através do Despacho nº 6401/2016, são enumerados os três principais objetivos a atingir até 2020, como *“melhorar a prevenção e o controle de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS (...), melhorar a qualidade dos antimicrobianos e diminuir a resistência aos antimicrobianos”* (Ministério da Saúde, 2016 p. 1).

Dada a evidência, Portugal é considerado um dos países da União Europeia com taxas mais elevadas de infeção, como consta no Despacho nº 15423/2013, (Ministério da Saúde, 2013). Na elaboração do PPCIRA, verifica-se que os objetivos gerais deste programa prioritário são a *“redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos”* (Ministério da Saúde, 2013 p. 1). Para a implementação destes objetivos existe a criação de grupos de coordenação regional e local do PPCIRA.

Assim, desde logo a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume um papel importante no âmbito do controlo de infeções, estabelecendo um desafio na redução de taxas de infeção, sendo tal desafio aceite pelo Ministério da Saúde, onde há vários programas nacionais neste âmbito (Direção Geral de Saúde, 2007). Também, a ordem dos enfermeiros assume a necessidade de redução do problema das IACS, surgindo, nomeadamente, como competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em geral e, de forma mais específica, na vertente da enfermagem à pessoa em situação crítica.

O GCL-PPCIRA é constituído por um núcleo executivo e por um núcleo de apoio, que articula com os vários serviços através dos elos de ligação/dinamizadores. As enfermeiras do GCL-PPCIRA, com só enfermeiros dos vários serviços articulam as atividades a desenvolver, as intervenções a adotar, com vista a diminuir e a prevenir infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Estes

elementos reúnem com frequência para avaliação das situações, aproveitando para análise e discussão das melhores intervenções a adotar. Com efeito, esta articulação, segundo a DGS (Direção Geral de Saúde, 2007), facilita a aplicação do PPCIRA em cada serviço, no entanto, não é realizada de forma plena, uma vez que, o numero de enfermeiros é reduzido para as atividades que são exigidas.

Para além da articulação com os serviços clínicos, o GCL-PPCIRA, articula com serviços não clínicos, como sendo, o serviço de higiene e segurança, o serviço de aprovisionamento, o serviço de instalação e equipamentos, entre outros, de forma a dar resposta aos objetivos do plano nacional.

A promoção global do controlo de infeção e a vigilância epidemiológica é, em qualquer unidade de prestação de cuidados, *“um indicador de extrema importância, revelador da qualidade e da segurança dos serviços prestados”* (Cardoso, 2015 p. 29). Por isso, o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica são de suma importância para monitorizar as taxa de infeção associadas aos principais microrganismo existentes no âmbito hospitalar, levando a uma melhor identificação dos problemas e prioridades nas medidas de controlo de infeção a adotar (Cardoso, 2015).

No sentido de dar resposta às áreas do controlo de infeção estabelecidas no plano do centro hospitalar e promover a vigilância epidemiológica, o hospital possui um sistema diário de notificação, em que o laboratório de microbiologia, notifica o GCL-PPCIRA, do aparecimento de microrganismos significativos e o produto onde foram encontrados.

Após os dados recebidos tive a possibilidade de participar na análise e revisão dos processos clínicos dos doentes, pois nem sempre é possível perceber através do historial, onde a infeção foi contraída. Os dados recolhidos são colocados em vários documentos,

partilhados pelo grupo de trabalho, para posterior análise estatística, com o objetivo de avaliar o impacto das medidas existentes ou, por exemplo, a necessidade de nova formação nesse âmbito. Efetivamente, é essencial a existência de uma articulação não só entre o laboratório e o GCL-PPCIRA, como destes com os serviços, para, em tempo útil, adequar as medidas necessárias à prática de cuidados.

Posteriormente, depois do recebimento dos dados do laboratório analítico e da comunicação individual ao serviço onde se encontra alocado o doente. A comunicação dos dados é feita, quer pelo registo no processo clínico, quer pelo contacto efetuado via telefónica, com o enfermeiro que se encontra adstrito ao doente. Assim, é da responsabilidade do GCL-PPCIRA, a transmissão desta informação o mais breve possível, dada a importância de ter o doente com as precauções de isolamento adequadas à via de transmissão.

Posto isto, refletindo sobre a metodologia exposta anteriormente, é de extrema importância os profissionais dos serviços terem conhecimento o mais rápido possível dos dados, para dar uma resposta imediata a estas situações, resultando numa prática mais segura e de minimização do risco. Tal ideia é assegurada por Wilson, que quanto aos dados recolhidos refere que “(...) *podem contribuir para reforçar as boas práticas e identificar as áreas que devem ser melhoradas*” (Wilson, 2003 p. 67).

Efetivamente, a utilização de programas informáticos no armazenamento do registo de grande quantidade de dados e informação de doentes, tem a vantagem de uma análise à posteriori, produzindo informação importante para a melhoria da atuação dos profissionais de saúde. Além disso, tive a oportunidade de participar numa reunião com o departamento de informática do hospital, com o objetivo de implementar a realização da check-list pré-operatória em

sistema informático no serviço de urgência, já que era o único serviço do hospital que ainda realizava este procedimento em suporte papel.

Ainda com o recurso à utilização do sistema informático neste centro hospitalar, é possível extrair dados quanto à prescrição desadequada e excessiva de antibióticos nos doentes hospitalizados. Com efeito, muitas vezes esta utilização de antibióticos não cumpre os protocolos hospitalares, isto é, a antibioterapia a utilizar num determinado conjunto de situações clínicas. Para além disso, é solicitada a justificação médica dessa prescrição, que muitas vezes se mantém desadequada para o problema em causa. Neste âmbito, participei na reunião de serviço da urgência, composta pelos três elementos do GCL-PPCIRA, os elos de ligação a este grupo no serviço de urgência e, ainda, contando com a presença do enfermeiro chefe, da diretora clínica e do chefe de equipa, com apresentação dos prescritores de antibióticos e do seu uso desadequado, com vista a melhoria dos cuidados e à diminuição das taxas de resistência aos antibióticos, pela correta prescrição. Tal situação é verificada a nível interno com o uso excessivo de antibióticos, como também é uma evidencia geral, pelo que é importante começar com iniciativas que promovam uma maior consciencialização dos profissionais, por forma a evitar o uso inadequado dos antibióticos. Segundo a DGS (2018), o uso excessivo de antibióticos, considera-se uma das principais causas de resistência antimicrobiana (Direção Geral da Saúde, 2018).

### **2.3. As competências adquiridas**

O trabalho desenvolvido pelo GCL-PPCIRA é desconhecido para muitos profissionais, nomeadamente, para os enfermeiros. A realização deste estágio permitiu perceber e acompanhar de perto as funções desempenhadas por eles. Claro está, uma realidade nova e muito diferente da prestação direta de cuidados ao doente, não obstante, de em tudo depender da divulgação e promoção de cuidados de saúde de qualidade e seguros.

Neste sentido, os enfermeiros têm um papel importante de conhecer as diretrizes da OMS, da DGS e atualização constante das novas *guidelines*, de modo a estabelecer um programa de formação atualizado e de conhecer produtos mais eficazes. Contudo, o GCL-PPCIRA por si só, não consegue obter os resultados que anseiam, por exemplo, na diminuição das taxas de IACS. Para dar resposta, de forma a obter maior adesão dos profissionais, existe uma rede de elementos/ elos de ligação entre o GCL-PPCIRA e cada serviço. Estes elos de ligação recebem formação específica e têm como prioridade a promoção do controlo de infeção, transmitindo aos pares as informações necessárias. Todavia, é da responsabilidade destes alertar possíveis falhas que possam vir a surgir, que colidam com o incumprimento das boas práticas.

O estágio permitiu-me perceber a importância de cada profissional e o seu papel individual na prática do controlo de infeção. Em nenhuma circunstância quando o enfermeiro do GCL-PPCIRA visita o serviço, por exemplo, sob a forma de auditoria, se pretende uma imposição ou reprovação de comportamento, apenas, instruções com o objetivo de aconselhamento para obter a qualidade desejada. No âmbito do controlo de infeção, os enfermeiros, desempenham uma série de atividades, de suma importância, para o sucesso dos programas em vigor (Soares, 2018).

O enfermeiro especialista é um enfermeiro de referência que deve promover a excelência do exercício profissional e os cuidados de enfermagem de qualidade baseados na segurança. Embora, para tal, é necessário a constante procura de conhecimento para fundamentar as tomadas de decisão, refletir sobre a prática, promovendo o pensamento crítico nos profissionais, potenciando a mudança. Também, tal ideia é patente nos padrões de qualidade de enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito da satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e

no autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Por conseguinte, a necessidade constante de desenvolver e promover um sistema contínuo de melhoria de qualidade do exercício profissional é assumida de forma intencional, pela OE, considerando um domínio de competências específicas e definidas, nomeadamente, pelos padrões de qualidade de enfermagem já mencionados, relativamente à especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. A importância do desenvolvimento profissional de forma contínua, indicia a necessidade de constante formação ao longo da vida, no sentido de promover a excelência, a qualidade e a segurança dos cuidados no exercício profissional.

Para além de estar patente, a importância do controlo de infeção no documento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é, também, área de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Tem como objetivo a maximização da prevenção e intervenção no controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, na prestação de cuidados ao doente, sem situação de doença aguda ou crónica. As áreas de competência deste objetivo, dizem respeito ao plano de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos nos vários contextos de cuidados e o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, no que concerne às IACS (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Tendo em conta as competências emanadas pela ordem dos enfermeiros, durante o estágio, tive a possibilidade de integrar o desenvolvimento das mesmas, nomeadamente, no projeto da higienização das mãos, com o acompanhamento da realização das auditorias, bem como, o tratamento dos dados recolhidos e, posterior, comunicação ao respetivo serviço e, com mais, ênfase, o ao nível do feixe de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico.

Por fim, cabe ao enfermeiro desempenhar *“um papel ativo na supervisão e em auditorias internas às práticas dos profissionais de saúde no que concerne à prevenção e controlo de infeção, bem como, na implementação de programas de vigilância epidemiológica em especial foco nos microrganismos-problema e microrganismo-alerta, desde logo na construção de instrumentos de colheita”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 1). Porém, é importante salientar que *“todos os profissionais de saúde têm um papel determinante a desenvolver na prevenção, controlo de infeção e no apoio à prescrição criteriosa dos antibióticos.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 1).

#### **2.4. A importância da prevenção da infeção do local cirúrgico**

A DGS apresenta na Norma nº 020/2015 o *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*”, onde prevê um conjunto de intervenções a realizar no pré, intra e pós-operatório, de modo a diminuir as taxas de infeção de local cirúrgico. No que concerne à infeção de local cirúrgico, entende-se o procedimento cirúrgico que ocorre no local propriamente dito da incisão cirúrgica ou próximo dela, como seja, incisional ou órgão/espaco, nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese (Direção Geral da Saúde , 2015).

Porém, os feixes referidos são um conjunto de intervenções, geralmente de 3 a 5, que são agrupadas e implementadas de forma integrada, com vista a um melhor resultado, de modo assegurar que os doentes recebem os cuidados recomendados, baseados na evidência. Para além disso, a cada intervenção corresponde uma categoria, indicado pela força e qualidade de evidencia da recomendação, que são agrupadas em 5 categorias, conforme a norma.

Para o sucesso deste feixe têm de ser implementadas várias intervenções, de forma integrada, tais como: *“a) Realizar banho com*

*cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB); b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA); Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”; c) Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA); d) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central  $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$ ) (Categoria IA) e e) Manter glicemia  $\leq 180$  mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA), (Direção Geral da Saúde , 2015 p. 2).*

No centro hospitalar, a aplicação da norma supracitada, surge através da aprovação de procedimento interno já elaborado, cabendo aos serviços cirúrgicos, respetivos diretores de serviço e enfermeiros chefes garantir as condições necessárias para a implementação do feixe de intervenções pelos profissionais, bem como, aos profissionais envolvidos na realização de cirurgias. Cabe ao GCL-PPCIRA a monitorização do cumprimento do feixe, através da realização de auditorias.

Os procedimentos cirúrgicos incluídos na implementação e monitorização deste feixe, segundo o Relatório Anual do Programa Prioritário – Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, a registar na plataforma para o efeito, são apenas sete: as colecistectomias, cirurgias de colon e reto, cesarianas, artroplastias da anca e do joelho, laminectomias e as associadas a bypass coronário (Direção Geral da Saúde, 2018).

Para análise deste feixe de intervenções, com vista a retificação do procedimento interno, em colaboração com as enfermeiras do GCL-PPCIRA e tendo por base os resultados decorrentes das auditorias realizadas, optou-se por realizar no serviço de ortopedia, com

autorização do enfermeiro chefe, um questionário para avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre as cinco intervenções do feixe, por forma a perceber o nível de conhecimentos dos profissionais acerca do mesmo e analisar a possível relação com a taxa de infeção de local cirúrgico, de forma a poder delinear intervenção nesse âmbito. Optou-se por um serviço de uma especialidade cirúrgica, por incluir doentes submetidos a cirurgias mencionadas pela DGS como alvo deste programa e, também, pelo facto de ser o serviço onde desempenhava funções, sendo mais fácil a aplicação do questionário e a recolha do mesmo, bem como, a previsão de maior adesão, no caso da intervenção a desenvolver posteriormente.

O questionário (APÊNDICE I), para além dos dados de caracterização, foi composto por cinco questões, em que cada uma delas pretendia avaliar o conhecimento acerca de cada uma das intervenções que compõem o referido feixe de intervenções, ou seja a cada questão, correspondia a avaliação de conhecimentos de cada intervenção que compõe o feixe.

Para lançamento dos questionários optou-se pela entrega em suporte papel, para preenchimento e entrega imediata, para minimizar os possíveis casos de questionários sem resposta. O mesmo foi aplicado num período de duas semanas, aos enfermeiros de um serviço de especialidade cirúrgica, tendo obtido um total de 16 questionários, sendo que foram lançados 17 questionários, sendo que 1 não se obteve resposta. Após a recolha dos questionários os dados foram registados num ficheiro de Excel, tendo-se procedido à análise dos mesmos (APÊNDICE II).

Com os resultados verificou-se que, quanto à primeira e segunda questão, sobre o feixe ILC e sobre a realização dos cuidados de higiene, respetivamente, demonstram conhecimento total, não existindo respostas erradas. Diferentemente, nas restantes questões verificaram-se algumas lacunas nos conhecimentos demonstrados,

pelo que requeria uma intervenção neste âmbito. Obteve-se que cerca de 88.8% tinha conhecimento sobre a necessidade de realização no banho no período pré-operatório em dois momentos; aproximadamente 77.7% tinha conhecimento sobre a realização da tricotomia imediatamente no momento anterior à intervenção cirúrgica; na avaliação da temperatura corporal, 83.3% tinha conhecimento da necessidade da manutenção da normotermia e, por fim, 77,7% dos enfermeiros tinha conhecimento sobre a necessidade da avaliação da glicemia capilar.

Num dos estudos realizados por Rosa (2017), sobre esta temática, conclui-se, também, que é importante que as medidas de prevenção sejam integradas em protocolos simples, bem estruturados e, que sejam devidamente divulgados e disponíveis para os profissionais de saúde (Rosa, 2017).

Concluída a fase de análise de dados, refletiu-se sobre os mesmos, pensando em estratégias para colmatar as lacunas existentes. Dadas as características da equipa e algumas limitações de ordem temporal, elaborou-se um poster (APÊNDICE III) informativo com as intervenções que compõem o feixe de intervenção ILC, apresentado no serviço após a realização da passagem de turno e, deixado, para consulta dos enfermeiros. Este método de escolha tornou-se apelativo para os enfermeiros presentes. A apresentação em forma de poster, permitiu o fornecimento da informação de forma esquematizada, levando à apreensão de conhecimentos imediata. A utilização de este método permitiu também, a sua leitura pelos enfermeiros que não estiveram presentes na sessão de apresentação, bem como, ficou exposto, na sala de enfermagem no serviço para consulta imediata.

Por isso, dado o objetivo inicial de assegurar a realização de todas as intervenções preconizadas no feixe de intervenção de prevenção de ILC, para que se possa assumir que é cumprido na integra todas elas, optou-se por avaliar os conhecimentos dos enfermeiros.

Posteriormente, de modo a garantir o conhecimento de todas as intervenções realizou-se a apresentação de um poster, diminuindo, assim, no futuro, as taxas de infeção hospitalar.

Face ao exposto, as atividades realizadas desde a elaboração do questionário, à análise de dados e apresentação do póster, tiveram sempre como objetivo promover a qualidade dos cuidados, através da divulgação do feixe de intervenções para a prevenção ILC, com vista a otimizar as várias orientações para uma boa prática, culminando com o intuito de promover a segurança dos doentes e a redução do risco de ILC. A participação e o desenvolvimento desta atividade deram resposta às atividades iniciais estabelecidas num dos objetivos presentes no projeto de estágio, em concreto no objetivo sobre a aquisição de competências no âmbito de intervenção de enfermagem para diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde. Como atividade para cumprimento do objetivo supracitado, no sentido da aquisição de competências no âmbito das IACS, procedeu-se à análise de uma situação problema no serviço cirúrgico, providenciada uma intervenção, nomeadamente, a apresentação e afixação do poster, para a diminuição das taxas de infeção.

Para adoção de boas práticas, todos os procedimentos deverão ser realizados *“através da divulgação e implementação de feixes de intervenções (...) como um conjunto coeso de medidas, em que todas têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido, (...) no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos”* (Santos, 2018 p. 74).

Apesar da avaliação de conhecimento ter sido centrada no grupo de enfermeiros que está com o doente no período pré-operatório e no pós-operatório, para o cumprimento do feixe, é necessário também a realização de determinadas intervenções no intraoperatório. Deste modo, só assim, poder-se-á afirmar que pode ser reduzido o risco de desenvolvimento de infeção no local cirúrgico. No contexto

intraoperatório, a prevenção ILC, não depende, somente, das intervenções dos enfermeiros, mas também, de todos os elementos que compõem a equipa operatória. Por exemplo, se os princípios da técnica asséptica cirúrgica são adotados, dependerá também da equipa médica (Silva, 2014).

Concluindo, o enfermeiro especialista têm como competências específicas a coordenação, a implementação e manutenção de medidas básicas, criando, deste modo, um ambiente terapêutico seguro para todos os elementos da equipa multidisciplinar.

### **3. O cuidado holístico do doente em situação crítica**

Ao longo do desenvolvimento tecnológico, a medicina intensiva tem vindo acompanhar o desenvolvimento da área da saúde, na abordagem ao doente crítico.

As unidades de cuidados intensivos têm a capacidade de abordar, holisticamente, de forma integrada e multidisciplinar, doentes complexos que se encontram em estado grave. Neste sentido, existe uma rede de referenciação de medicina intensiva através da qual qualquer cidadão em estado de doença crítica pode ser assistido e tratado por um médico especialista, incorporado num serviço com profissionais, recursos e processos próprios desta área de atuação (Ministério da Saúde, 2016).

Em Portugal, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) apresenta uma rede de referenciação de medicina intensiva, para o desenvolvimento de unidades de cuidados intensivos, onde define que estas unidades têm como objetivo uma abordagem específica de *prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais*” (Ministério da Saúde, 2017 p. 7).

A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva de acordo com as técnicas utilizadas e das valências que dispõe, admite a existência de diferentes níveis de UCI's na mesma unidade hospitalar. O nível I visa a monitorização não invasiva, com capacidade de assegurar manobras de reanimação; o nível II, possui capacidade de monitorização invasiva com suporte de funções vitais, com a presença permanente de um médico com formação específica; por fim, o nível

III, corresponde aos denominados serviços de medicina intensiva ou unidades de cuidados intensivos, composta por equipas funcionalmente dedicadas, ao nível médica e de enfermagem, com presença física de 24 horas, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica (Ordem dos Médicos, 2018).

O cuidado assistencial da pessoa em situação crítica que se aborda, compreende 4 subcapítulos, em que no primeiro descreve-se o local da realização do estágio e as principais dinâmicas do serviço; no segundo, alude-se aos cuidados de enfermagem prestados tendo em conta as funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito do doente crítico em cuidados intensivos; no terceiro aborda-se a importância de cuidar o doente crítico como um todo, com recurso à realização de um estudo de caso e as principais competências adquiridas no âmbito desta área de especialização; e, por último, o quarto subcapítulo, em que se reflete as competências adquiridas com as atividades realizadas, tendo por base os objetivos estabelecidos.

### **3.1. Descrição do local e da dinâmica**

O estágio foi desenvolvido no serviço de cuidados intensivos polivalente do centro hospitalar, no período compreendido de 3 de abril de 2019 a 6 de junho de 2019.

Na UCIP existe uma definição clara de atuação de todos os profissionais de saúde envolvidos, desde médicos intensivistas, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos, levando a que haja um funcionamento mais eficaz e eficiente. Ainda no âmbito da equipa multidisciplinar, tive a oportunidade de reconhecer a importância de uma comunicação clara e concisa entre os vários elementos e a disponibilidade de material tecnologicamente avançado. Esta unidade polivalente abrange doentes do foro médico e cirúrgico, que necessitem de assistência neste centro hospitalar.

Contudo, situações de foro específico, como casos de doentes com patologia cardio-torácica, poderão ser transferidos para outro centro hospitalar.

O serviço localizado no terceiro piso, funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, e é dotada dos mais recentes equipamentos, em que cada unidade possui equipamentos de monitorização, de ventiladores, um sistema informatizado que permite a recolha e monitorização de dados clínicos, dispositivos de monitorização invasiva, e outro tipo de equipamento específico, como o utilizado nas técnicas dialíticas, entre outros.

A sala de doentes tem uma capacidade para 11 camas, sendo 10 camas alocadas em áreas individuais com espaço amplo e estrutura aberta e, ainda, 1 quarto de isolamento. Cada unidade do doente é constituída por vários materiais, desde a cama com colchão de pressão alterna, ventilador, monitor, estetoscópio, mesa de apoio com os vários materiais necessários para a prestação de cuidados.

Esta unidade cumpre a estrutura de um serviço de medicina intensiva, dado que, devem ter no mínimo 8 camas, para além da existência de áreas de apoio, como: secretariado clínico; sala de informação; sala de espera para visitas; sala de reuniões; áreas de apoio para os profissionais de saúde tais como vestiário, quarto médico, copa; área de armazenamento de material equipamento; área de preparação de fármacos e medicação, entre outros. (Ministério da Saúde, 2017).

As unidades abertas com esta tipologia possuem como vantagem a toda a equipa multidisciplinar, o facto de conseguir estar permanentemente a observar os doentes, existindo uma maior vigilância e rentabilidade nos cuidados prestados. Por isto, esta estrutura aberta potencia uma maior perceção do ruído e maior probabilidade de infeções cruzadas.

Por um lado, compete ao médico do serviço a receção do doente na admissão, e este doente poderá ser proveniente de instituições hospitalares ou de origem intra-hospitalar, da unidade de cuidados intermédios, do serviço de urgência, do bloco operatório ou de qualquer um dos serviços de internamento. Por outro lado, na alta do doente da unidade de cuidados intensivos, o mesmo segue transferido para o internamento, ou para outra instituição hospitalar por razões clínicas ou para área de residência.

No que concerne à dinâmica assistencial dos enfermeiros nestas unidades, carece necessariamente de uma perspetiva holística, como traço caracterizador e como foco central, no cuidado do indivíduo como ser humano, com a sua individualidade (Correia, 2012). Desde logo, pela prestação de cuidados de higiene, a receção da família e toda a parte de monitorização hemodinâmica do indivíduo.

Quanto à metodologia de trabalho usada pela equipa de enfermagem é o método individual, sendo que cada elemento cuida do doente no seu todo, e a assistência é centrada no mesmo. A organização global dos cuidados de enfermagem é realizada tendo em conta as necessidades do doente, quer seja a dinâmica dos cuidados de higiene, a necessidade de alimentação, a administração de medicação, depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa naquele momento, consoante a necessidade mais primordial, no tempo disponível. Isto é, perante as intervenções de enfermagem referidas nas várias vertentes, perante a situação de cada doente podemos ter necessidade de priorizar, por exemplo, a administração dos fármacos, a vigilância nutricional e, por fim, os cuidados de higiene e conforto.

Este método parece adequar-se ao cuidado do doente crítico, tendo em conta as necessidades em cuidados de enfermagem dos mesmos, as características do serviço e pelos recursos humanos e materiais existentes. Contudo, relativamente a este método, verifiquei a

necessidade de maior adequação do número de profissionais de enfermagem às necessidades de cuidados dos doentes internados na Unidade, uma vez, que muitas vezes cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a dois doentes, o que implica redução do tempo de cuidados para cada um. Porém, na equipa, se algum profissional tem alguma dúvida ou está a sentir dificuldades nalguma intervenção a prestar, existe uma grande cooperação entre a equipa de enfermagem.

Assim, apesar da permanência de um médico na unidade, a vigilância permanente do doente crítico está bastante dependente dos enfermeiros, permitindo, que o doente permaneça, dentro do seu estado clínico, hemodinamicamente estável.

### **3.2. O percurso realizado**

As unidades de cuidados intensivos estão direcionadas para o cuidado e tratamento de doentes graves, passíveis de potencial recuperação ou em risco de vida, que exige uma monitorização constante das funções vitais do individuo, com o objetivo de despistar e prevenir complicações. São serviços que se caracterizam por um vasto suporte tecnológico, desde dispositivos de monitorização hemodinâmica, nomeadamente através de métodos invasivos, como a pressão venosa central (Silva, et al., 2010).

Deste modo, a aquisição de *“novos conhecimentos nas áreas de fisiologia e da terapêutica que, associados aos vários desenvolvimentos tecnológicos, modificaram completamente a capacidade de diagnóstico e os potenciais de prevenção, tratamento e cura de doenças até há pouco tempo fatais”* (Penedo, et al, 2013 p. 41). Estas unidades são constituídas por recursos humanos e tecnológicos sofisticados, com vista a proporcionar uma assistência adequada e eficaz, sendo a mais complexa do sistema de saúde (Silva, et al., 2010).

A minha prática de cuidados consistiu em elaborar o plano de cuidados e avaliação dos mesmos, reformulando sempre que necessário as intervenções, em função das necessidades dos doentes, tendo em conta as alterações verificadas, por exemplo, durante o processo de desmame ventilatório. Está certo que a maioria dos doentes estavam sedados e curarizados, onde era essencial a avaliação do risco de queda através da escala de Morse, o risco de desenvolver úlceras de pressão, avaliado através da escala de Braden, e o estado de consciência avaliado pela escala de coma de Glasgow e/ou o nível de sedação do doente, com a escala de Ramsay.

Contudo, a escala de coma de Glasgow não foi validada para a avaliação da sedação, mas sim da consciência, em situações que tenha ocorrido lesão cerebral (Pinto, 2011). Nas unidades de cuidados intensivos, a escala de Ramsay, avalia o grau de sedação dos doentes, que estão dependentes do uso de fármacos sedativos. A escala tem uma pontuação de 0-6, desde o doente ansioso/agitado, ao doente sedado, respetivamente (Pinto, 2011). Aquando da necessidade de realização do desmame ventilatório é, necessário, a avaliação sistemática da mesma. Por outro lado, existem outras escalas utilizadas na avaliação da sedação, como a escala de RASS-Richmond Agitation-Sedation Scale, em que pontua-se de -5 “*sem resposta*” a +4 “*combativo, violento*”, com graduação do nível de agitação e ansiedade. Com a aplicação, o objetivo é manter o doente num nível de -2 “*sedação leve: acorda rápido e mantém contacto*” (Pinto, 2011). A utilização desta escala contribui para o diagnóstico de uma disfunção cerebral aguda, nomeadamente o *dellirum*. Concretamente, a escala recomendada para este efeito é a Confusion assessment method in intensive care unit (CAM-ICU), que avalia a presença e flutuação de várias manifestações como a inatenção, o pensamento desorganizado, prejuízo da memória, agitação ou lentificação psicomotora e alterações do ciclo sono-vigília. No entanto,

para avaliação do *dellirum*, esta escala requer conhecimento e treino, para além da necessidade de associar a monitorização da sedação e do *dellirum*. (Pessoa, et al., 2006).

Por estas razões, o doente crítico, mantém as necessidades diárias de higiene e conforto, na maioria das vezes totalmente incapacitado para realizar de forma autónoma, cabendo ao enfermeiro a maximização do bem-estar dos seus doentes, onde este suplementa ou complementa as atividades em que o doente se encontra dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, o processo de conforto no doente crítico, abrange as necessidades ambientais, as necessidades físicas, as necessidades psico-espirituais e, por fim, as necessidades sociais, de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, (Oliveira, 2013). Nos cuidados intensivos, as necessidades mais mencionadas incidem sobre aspetos relacionados com: *“a dor, a ansiedade, o medo, a frustração, a perda da autonomia, a ventilação mecânica e a visita dos familiares”* (Faria et al, 2018 p. 10). Por isso, o enfermeiro deve planear e executar intervenções numa perspetiva holística e dinâmica.

A preparação cuidadosa da alta clínica, deve iniciar-se o mais cedo possível, promovendo, sempre que possível o envolvimento da família. Neste contexto, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação da unidade, sendo uma mais-valia, por isso, fundamental *“na realização de reabilitação funcional motora, nomeadamente no levante precoce e na cinesiterapia respiratória”* (Pereira, 2012 p. 21). Portanto, toda a equipa multidisciplinar constitui um veículo de conhecimentos e competências, sobre determinados conteúdos, seja a ventilação mecânica, as técnicas dialíticas contínuas, a vigilância hemodinâmica, o que permitiu a minha iniciativa, o espírito crítico e reflexivo, favorecendo na resposta às exigências da prestação de cuidados de enfermagem em cuidados intensivos. Tais como a técnica de

hemodiálise, a ventilação mecânica invasiva, a alimentação entérica e parentérica, entre outros.

Durante o desenrolar do estágio prestei cuidados individualizados a doentes do foro pós-cirúrgico, pós-traumático, pós-falência orgânica/multiorgânica, entre outros com instabilidade hemodinâmica e com necessidades de cuidados especializados e permanentes. Desde logo, os doentes ficam com monitorização contínua de pressão arterial, eletrocardiograma e a saturação de oxigénio. A pressão arterial processa-se através da avaliação hemodinâmica invasiva, através da colocação de um cateter arterial, que permite garantir uma adequada monitorização contínua do doente, nomeadamente da pressão média arterial, permitindo o despiste imediato, por exemplo, de hipotensão ou hipertensão grave (Silva, et al., 2010). Normalmente a colocação do cateter arterial é colocada na unidade, a não ser que o doente seja proveniente do serviço de urgência ou do bloco operatório.

Para além deste dispositivo, são colocados na maioria dos doentes o CVC, que é importante não só para a monitorização, como, para a administração de terapêutica endovenosa, nutrição parentérica, quimioterapia, sangue e derivados, hemodiálise, entre outros. (Silva, 2014). A manutenção do CVC é de suma importância, procedendo à vigilância do local de inserção, seguindo o protocolo de manutenção hospitalar, baseado na norma de “*feixe de intervenção*” de prevenção de infeção relacionada com CVC. Assim sendo, o manuseamento dos cateteres, tem um papel preponderante nas intervenções realizadas pelos enfermeiros, exigindo cuidados criteriosos pelo risco de infeção associado. Para além disso, dever-se-á utilizar de forma rigorosa a solução de heparinização das vias do CVC, sob pena de alterar a cascata da coagulação do indivíduo (Encarnação, et al., 2013).

Tive de igual modo, a oportunidade de estar em contacto com doentes submetidos a hemodiálise e hemofiltração. Os cuidados de enfermagem prestados visam a montagem e colocação do circuito,

com consequência na vigilância da otimização do volume de fluido do doente, bem como, da sua situação hemodinâmica, a manutenção da permeabilidade do sistema de filtração, a prevenção da perda de sangue devido à desconexão da linha e prevenção da infeção, e a avaliação dos sinais de sobrecarga hídrica. De facto, existem diversas complicações relacionadas com as técnicas dialíticas, pelo que requer uma vigilância apertada por parte dos enfermeiros. De entre as complicações, poderão ocorrer episódios de hipotensão, embolia gasosa, angina, disritmias, síndrome de desequilíbrio, hemorragia, sangramento, coagulação, infeção, flebite e espasmo venoso, entre outros (Reis, 2014).

Outro âmbito essencial de cuidados, refere-se à alimentação entérica e parentérica. É sabido que a nutrição tem uma influência no prognóstico do doente crítico, sendo que, estados de desnutrição estão associados ao aumento da morbilidade e ao aumento do tempo de permanência nas unidades de cuidados intensivos (Baião, 2017). As necessidades nutricionais são individualizadas e ajustadas às necessidades básicas de cada um, sendo que existe uma grande diversidade de planos de alimentação entérica e parentérica. Associado à administração de alimentação existem várias intervenções de enfermagem, como a monitorização do conteúdo gástrico, a otimização da sonda de alimentação e da máquina de alimentação, a troca dos sistemas de alimentação.

A nutrição dos doentes críticos é também importante para o seu restabelecimento. Na maioria dos doentes que teve oportunidade de prestar cuidados, a alimentação adotada era alimentação por via entérica. Um dos doentes, a posteriori passou desta via, para a alimentação oral, ainda na unidade de cuidados intensivos. Tal como afirma (Oliveira, et al., 2010), a via entérica é a via preferencial, quando a via oral não está patente. Claro está, que esta via quando comparada com a via parentérica apresenta menor risco de

complicações, nomeadamente infecciosas, pois preserva a integridade da barreira intestinal (Oliveira, et al., 2010).

Além dos cuidados ao doente, a comunicação e o envolvimento da família constitui um fator determinante para a qualidade dos cuidados prestados. Fui várias vezes abordada pelas famílias dos doentes no esclarecimento de dúvidas e / ou expressão de receios. A família é “o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas” (Vieira, 2009) pág.11, pelo que merece toda atenção do enfermeiro. Muitas vezes, a presença da família e/ou pessoas significativas foram muito importantes, por exemplo, para adesão ao tratamento proposto, quando o doente já não se encontra sedado. Evidentemente, o enfermeiro tem o dever de informar o doente e a família sobre “os cuidados de enfermagem, bem como atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (Vieira, 2009) pág.12, respeitando assim, o dever de informação. Por fim, a OE (Enfermeiros, 2001), pág.4, reforça que as intervenções de enfermagem são otimizadas quando há a envolvimento de toda a família.

A importância em determinar as necessidades da família, nomeadamente o apoio emocional e espiritual, à preocupação com o bem-estar, bem como, o envolvimento da família nos cuidados, poderá diminuir a angústia e aumentar a confiança nos profissionais de saúde. Deste modo, uma das principais fases do processo de socialização entre o doente e a família, inicia-se com o acolhimento. O primeiro contacto com a família, com uma comunicação efetiva e com a explicitação das rotinas e normas do serviço, contribui para a satisfação entre a tríade, doente-família-enfermeiro. Assim, este processo não deve consistir apenas na apresentação de um espaço físico, mas um comportamento/atitude em prol do bem-estar do doente e da família (Baião, 2017).

Como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, os padrões de qualidade especializados, fazem referência à readaptação funcional, na procura permanente do desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde ou de gestão de doença aguda (Ordem dos Enfermeiros, 2017), pág.8. A capacitação do doente e da família para processos de mudança, como situações críticas, dependerá das intervenções dos enfermeiros dos cuidados intensivos.

### **3.3. A importância do cuidado holístico no doente crítico**

A enfermagem tem como intuito o cuidar das pessoas na satisfação das suas necessidades. Cada pessoa deve ser entidade com um todo, isto é, formada por partes em interação, denominando-se a pessoa como um ser bio-psico-social-cultural-espiritual. O holismo é um conceito filosófico que, no âmbito da saúde, se refere ao conceito de que a pessoa é uma entidade unificada, sendo, portanto, a soma de todos os fatores do seu meio ambiente (Oliveira, et al., 2013).

Estudos afirmam que a abordagem holística de enfermagem, tem vindo a ser cada vez mais evidenciada nestas últimas décadas, considerando que, o cuidar requer o envolvimento das dimensões biológica, psicológica, sociocultural e espiritual do doente. Posto isto, toda a *“enfermagem holística abraça toda a prática da enfermagem, cuja premissa é a de cuidar da pessoa inteira no todo”* (Oliveira, et al., 2013 p. 19).

Phaneuf define o processo de enfermagem como um *“processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada”* (Phaneuf, 2011 p. 101). Por conseguinte, um processo estruturado, que se divide em várias etapas sequenciais, como a avaliação inicial com recurso à

observação e a colheita de dados, o foco de enfermagem, o planejamento, a implementação e avaliação dos cuidados.

Através deste processo e, no decorrer do estágio, cuidei de doentes com suporte de ventilação mecânica, o que conduziu ao desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área de atuação. Assim sendo, com o acompanhamento do tutor, com o recurso a fundamentação teórica através da consulta de referências bibliográficas, foi elaborado em estudo de caso sobre a temática da pessoa submetida a ventilação mecânica, nomeadamente, no processo de desmame ventilatório.

A ventilação mecânica consiste em *“suportes que podem substituir parcialmente ou totalmente a respiração espontânea”* (Silva, et al., 2017 p. 1). Por um lado, a ventilação mecânica não invasiva, *“é uma ventilação espontânea parcial ao paciente, e sendo usada quando se faz o uso de musculatura acessória, tiragens intercostais, batimentos de asa de nariz, dificuldades respiratórias com cianose e diminuição de saturação de oxigênio”* (Silva, et al., 2017 p. 4), sendo uma técnica indicada para doente com doença pulmonar obstrutiva crónica, edema pulmonar cardiogénico, entre outros. Por outro lado, a ventilação invasiva acarreta que o doente que possui uma entubação oro/nasotraqueal, fique conectado a um dispositivo respiratório, denominado ventilador, que cria uma pressão negativa, que gera a entrada de ar nos pulmões, com uma certa periodicidade, favorecendo das trocas gasosas (Simoes, 2016).

Os modos de ventilação mecânica podem ser agrupados em ventilação controlada, ventilação assistida, ventilação espontânea e ventilação combinada, sendo que o tipo de ventilação poderá ser controlado por pressão, por volume, por volume e pressão, ventilação assistida por volume assistido, a ventilação espontânea por pressão das vias áreas continua positiva e a ventilação intermitente sincronizada (Silva, et al., 2010). A seleção de um destes modos

ventilatórios é feita através de uma avaliação das características do doente naquele momento e do ventilador.

Num doente internado na unidade (APÊNDICE IV), foi possível efetuar o desmame ventilatorio, de forma gradual, considerando sempre, a resposta do mesmo à sua condição clínica. O doente tinha sido admitido na UCIP com diagnóstico médico de peritonite, sob ventilação invasiva, sedado e analgesiado. Neste contexto, após 2 dias de internamento nesta unidade, verificado o estado hemodinâmico e os resultados dos valores das análises clínica colhidas, dá-se início ao processo de desmame ventilatorio.

O desmame ventilatório diz respeito ao processo de descontinuação da ventilação mecânica, *“associado à remoção da via aérea artificial, podendo haver necessidade de manutenção do suporte ventilatório mecânico sem via aérea artificial ou da via aérea artificial sem necessidade do suporte”* (Melo, et al., 2014 p. 60). Para que este processo seja eficaz, requer, além da condição clínica satisfatória do doente, um trabalho multiprofissional, incluindo sempre, a equipa de enfermagem (Melo, et al., 2014 p. 61). Nem sempre é um procedimento de sucesso imediato, mas no caso concreto, iniciou-se sem dificuldade.

Cabe ao enfermeiro especialista a avaliação da resposta funcional ao desmame ventilatorio, atuando com as intervenções necessárias na assistência ventilatória, com a monitorização constante da frequência respiratória, o controlo da ventilação mecânica, adaptada no ventilador a cada fase do desmame ventilatorio. Para além disso, é necessário manter o controlo acidobásico efetuado pelas trocas gasosas, muitas vezes, com o recurso a gasometria.

Contudo, não é um processo rápido, aliás, *“a retirada do suporte ventilatório ocupa ao redor de 40% do tempo total de ventilação mecânica”* (Menezes, et al., 2013), pág.90, e exige dos profissionais

de enfermagem habilidades e competências específicas, para realização das intervenções mais adequadas, com vista o sucesso do desmame ventilatório. No estudo de caso referido, este processo, demorou cerca de 24 horas até que o doente estivesse adaptado à ventilação espontânea de novo. Optou-se por utilizar períodos de ventilação assistida, para o sucesso de desmame ventilatório.

Há vários focos de cuidados de enfermagem que foi necessário avaliar durante este procedimento, a saber: o nível de consciência, o padrão respiratório, o padrão cardiovascular, o nível de atividade física e estado nutricional, gasometria arterial, dependência psicológica da ventilação mecânica, estar atento ao doente e à família durante o processo de desmame, o posicionamento do doente, controle da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal, a necessidade de aspiração endotraqueal e os sinais de paragem cardiorrespiratória (Menezes, et al., 2013). Através dos conhecimentos dos focos enumerados anteriormente, inicialmente, observou-se a variação do estado de consciência, nomeadamente a presença de delírios, alterações do padrão respiratório, com necessidade de utilização da pressão assistida na expiração, mantendo sempre um posicionamento adequado, favorecendo a mecânica ventilatória.

Em primeiro lugar, a avaliação do nível de consciência está relacionada com o estado respiratório, isto é, verificar a obstrução da via aérea, que poderá conduzir a hipoxemia e, por isso, alterar o estado de consciência (Menezes, et al., 2013). Para avaliar a consciência utilizou-se a escala de coma de Glasgow. O padrão respiratório foi avaliado pelo ritmo e frequência respiratória, a saturação de oxigénio e a coloração da pele, que se manteve sempre dentro dos parâmetros normais e aceitáveis face à condição clínica. Na eventualidade de estarmos na presença de uma oxigenação prejudicada, devemos estar alerta para a *“inquietação, fadiga, cefaleia, dispneia, uso de musculatura acessória, sons respiratórios diminuídos, taquipneia, cianose central, sudorese e alterações cardiovasculares”* (Menezes,

et al., 2013 p. 9), tal situação, não foi presenciada no caso em concreto.

Em simultâneo, é necessário manter a avaliação do padrão cardiovascular, através da frequência e do ritmo cardíaco e da tensão arterial. Numa fase inicial verificou-se a presença de episódios de taquicardia e o aumento da tensão arterial, que rapidamente reverteu. Entendeu-se também, que a presença da família durante este processo, poderá ter criado episódios de ansiedade e, por isso, variações da frequência cardíaca. Muitas vezes este processo torna-se fisicamente exaustivo, pelo que é importante manter a monitorização do estado nutricional do doente (Menezes, et al., 2013).

A gasometria arterial é realizada de forma frequente, sobretudo, nas primeiras horas, pois permite saber se durante este processo o doente mantém trocas gasosas adequadas. O facto de a unidade possuir máquina de gasometria, permite uma avaliação sistemática dos valores e, em caso de descompensação, permite uma avaliação imediata. Em alguns momentos, foi necessário o ajuste do valor de oxigénio, para que o desmame viesse a ser bem-sucedido. Com isto, o enfermeiro deve estar atento às condições fisiológicas do doente, para que possa realizar uma preparação psicológica antes de ocorrer o processo de desmame, durante e após o mesmo. No estudo de caso, durante este procedimento houve a possibilidade de, em alguns períodos, estar presente a esposa. É também importante desfazer os medos e receios da família, para que possam colaborar de forma mais eficaz neste processo. Assim sendo, mais uma vez, neste processo deve ser incluída a família, *“desfazendo quaisquer preocupações sobre o processo. Uma ferramenta primordial é a utilização de linguagem simples e acessível que facilite a compreensão”* (Menezes, et al., 2013 p. 93).

Quando o doente se encontra sob ventilação invasiva dever-se-á ter em conta o posicionamento do mesmo, para evitar pneumonia

associada á ventilação. Do mesmo modo, durante o processo de desmame ventilatório o posicionamento do doente deve merecer especial atenção dos enfermeiros. No caso em concreto, optou-se pelo predomino do semi-fowler, que será *“a posição ideal do paciente no leito assim que iniciado o desmame”* (Menezes, et al., 2013 p. 99).

De modo a garantir processo de ventilação e respiração adequado é necessário o controlo da pressão do *cuff* dentro das faixas da normalidade, não ultrapassando os 20-30 mmHg. pois se a pressão estiver, por exemplo, abaixo dos valores mínimos, poderá ocorrer um maior risco de aspiração de conteúdo gastroesofágico, o que levaria a potenciais quadros de infeção respiratória. Por isso, se verifica a indicação para aspiração endotraqueal, quer quando o doente ventilado, quer durante o processo de desmame ventilatório, devendo ser avaliados os sinais e sintomas sugestivos de obstrução de via aérea. No caso que aprofundei, ocorreram vários episódios de acumulação de secreções brônquicas, com necessidade de aspiração frequente, permitindo maior permeabilidade da via aérea.

Não menos importante, e de vigilância desde o início do processo de desmame ventilatório, reconhecer os sinais e as manifestações de potencial paragem cardiorrespiratória, como, *“a perda da consciência, do pulso e da pressão arterial; arquejo respiratório ineficaz; pupilas midriáticas; podendo ocorrer convulsões ou não”* (Menezes, et al., 2013). Tais sinais de alerta estiveram sempre presentes no decorrer das diversas avaliações, ao longo das 24 horas, não tendo sido desencadeadas.

Com o estudo aprofundado deste caso, com o recurso ao delineamento dos cuidados de enfermagem, a par da fundamentação teórica sobre o domínio da ventilação invasiva, foi possível demonstrar a importância de aprofundar de conhecimentos de forma constante de todos os profissionais de saúde, a fim de oferecer uma assistência qualificada nos cuidados de enfermagem.

Assim, cuidar de um doente com ventilação mecânica, não é somente cuidar de uma pessoa que necessita de meros procedimentos, mas uma arte de cuidar o doente como um todo. Com a alta tecnologia, com os conhecimentos especializados na área da ventilação invasiva é possível, cada vez mais, realizar um melhor prognóstico dos doentes críticos com este tipo de ventilação e providenciar um desmame ventilatório com sucesso.

Por tudo isto, conclui-se que adoção de uma abordagem holística na prática profissional como enfermeiro especialista, adotando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deverá englobar sempre o ser humano, o ambiente e a saúde, em harmonia constante.

#### **3.4. As competências adquiridas**

Nas unidades de cuidados intensivos é frequente a realização de vários procedimentos invasivos, de tal modo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, contribuem para a prevenção e promoção das boas práticas quanto à problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde. Tive a possibilidade de averiguar que a higiene das mãos é uma constante preocupação da equipa, sendo parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para cuidados de qualidade e seguros. Deste modo, as competências adquiridas no estágio anterior, no âmbito do controlo de infeção, também aqui, foram transversais no que respeita à pertinência da sua aplicabilidade.

A elaboração de plano de cuidados e avaliação das respetivas intervenções resultantes da prestação de cuidados, permitiu o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e relacionais. Neste sentido, a reflexão diária com o orientador acerca dos casos clínicos, levou ao esclarecimento de dúvidas, desde farmacológicas,

técnicas dialíticas, ventilação invasiva, melhorando a minha autonomia na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico. A meu ver, a realidade dos cuidados intensivos, onde a maioria dos doentes se encontra com efeito de sedativos, promover a participação dos doentes no plano de cuidados não se mostrou fácil. Naqueles que foi possível, tentei promover sempre a máxima autonomia na realização das atividades de vida diária, envolvendo como parceira a família e/ou pessoas significativas. Porém, nem sempre foi fácil o envolvimento familiar, desde logo pelo impacto de encontrar o familiar num estado crítico, os receios e os medos inerentes ao estado clínico, constituindo por isso, ainda um maior desafio na atuação dos enfermeiros. Naturalmente, nestas situações demonstrei disponibilidade e interesse, criando uma relação de confiança e empatia, o que levou a uma diminuição da ansiedade e maior compreensão da situação da doença atual do familiar.

Neste âmbito, desenvolvi e aprofundei conhecimentos adquiridos na assistência ao doente com monitorização invasiva e não-invasiva, submetido a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com avaliação da pressão venosa central, da pressão intra-abdominal, com monitorização eletrocardiográfica, com monitorização arterial, submetido a técnicas dialíticas e com terapias nutricionais, adquirindo novos conhecimentos e experiências que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, principalmente, nos cuidados a doentes sedados e ventilados, que constitui um desafio face à necessidade de cuidados de enfermagem especializados.

O envolvimento da família e a responsabilização pelo cuidado ao doente crítico foi de relevo, de modo a desenvolver o processo de enfermagem, realizar uma reflexão crítica sobre as necessidades dos cuidados do doente crítico e instável, por forma a providenciar uma resposta antecipada e eficaz. Assim, possibilitou desenvolver capacidades e competências na prestação de cuidados com qualidade, de forma autónoma, técnico-científica e responsável,

característico do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Em resumo, tal como no decurso da minha atividade profissional atuei de forma a respeitar os princípios éticos, utilizando como premissa que cada doente é único, prestando cuidados individualizados, mantendo o zelo pela privacidade e intimidade dentro das limitações da situação. Efetivamente, na prática clínica, observa-se a existência de preocupação do agir pautado por princípios éticos por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar.



#### **4. Conclusão**

Ao longo deste percurso tive várias experiências que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Certamente, a elaboração prévia do projeto de estágio, com a elaboração dos objetivos e competências a desenvolver, facilitou não só o percurso, como a construção do presente relatório, com vista a apresentação final. Considero que todo este processo, desde a prática clínica, incorporando a natureza reflexiva e teórica deste relatório, fomentaram a importância de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, baseada na evidencia científica, e em constante mudança.

O estágio realizado no GCL-PPCIRA tornou-se muito enriquecedor, permitindo adquirir conhecimentos num âmbito de atuação, que até ao momento não dispunha. É uma área que obriga a atualização e a educação continuada, para a utilização de medidas preventivas mais adequadas. Claro está que os cuidados de saúde são maioritariamente dinâmicos e complexos, sendo que as vulnerabilidades e o risco estão em constante mudança, por consequências das interações complexas entre os profissionais de saúde, os doentes, as tecnologias e o próprio ambiente em que se prestam os cuidados (Pina, et al., 2014). Viso a importância dos enfermeiros do GCL-PPCIRA, bem como, a sua presença nos serviços, com a maior sensibilização dos profissionais para o cumprimento correto da higienização das mãos, tendo em conta a sua importância como medida mais simples e simultaneamente mais eficaz no controlo de infeção hospitalar. Para além disso, através da

análise e aplicação do feixe de intervenção ILC, foi possível analisar os conhecimentos dos enfermeiros no serviço cirúrgico, com posterior intervenção, com vista a diminuição das taxas de infeção.

Do mesmo modo, o estágio realizado na UCIP, proporcionou-me um conjunto de experiências que foram muito enriquecedoras, pela necessidade constante de cuidados emergentes, com recurso a várias técnicas invasivas, com abordagem de doentes do foro médico, cirúrgico ou ambos, permitindo o contacto com os cuidados a prestar à pessoa em situação crítica. Neste percurso, foram sentidas algumas dificuldades no relacionamento com a família e a sua integração no processo de tratamento da pessoa doente. No estudo-de-caso elaborado sobre a temática do desmame ventilatório, conclui-se, que a enfermagem é o grupo de profissionais que ficam por mais tempo junto do doente, exigindo competências e habilidades na realização de procedimentos que possam garantir uma assistência holística (Menezes, et al., 2013). Por isso, face à complexidade do doente crítico, é essencial não só o cuidado do doente, mas o englobar da família em todo o processo terapêutico. A especialização de profissionais de enfermagem, com conhecimentos e competências específicas, para a prestação de cuidados altamente qualificados e de forma contínua.

O desenvolvimento de competências e o aprofundamento de conhecimentos ao longo dos estágios, quer no âmbito do serviço urgência e emergência no 1º ano do curso, quer os estágios subsequentes realizados no âmbito do controlo de infeção e nos cuidados intensivos, transpõe-se para a prática profissional diária. A visão dos cuidados no olhar do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica permite o cuidar do doente em situação crítica numa perspetiva diferente do enfermeiro de cuidados gerais, incorporando, também, a necessidade constante da presença da família nos cuidados e da manutenção da adoção de medidas que possam diminuir as taxas de infeção hospitalar.

No que concerne a perspectivas futuras, tenho como intuito continuar a adquirir e aprofundar conhecimentos, através de formação contínua, que irão permitir, cada vez mais, a prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico.

Em suma, face ao exposto, cabe ao enfermeiro especialista a consciencialização de todos os profissionais, do seu papel como elemento integrante da instituição no âmbito da prevenção e controlo de infeção e no cuidado holístico à pessoa em situação crítica. Ainda existe muito trabalho a desenvolver para continuar a construir um ambiente centrado na segurança e na qualidade dos cuidados ao doente, à família e aos profissionais envolventes.



## 5. Referências Bibliográficas

**Baião, Joana. 2017.** *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em unidade de cuidados intensivos.* Leiria : Instituto Politécnico de Leiria. Relatório de mestrado em enfermagem à pessoa em situação crítica.

**Cardoso, Rui Alexandre dos Reis Marques. 2015.** *As infeções associadas aos cuidados de saúde.* Coimbra : Faculdade de Economia, Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

**Carvalho, Ana Isabel Tavares. 2016.** *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros.* Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de mestrado.

**Correia, Maria Conceição Batista. 2012.** *Processo de construção de competências nos enfermeiros em cuidados intensivos.* Lisboa : Universidade de Lisboa, 2012. Doutoramento em Enfermagem.

**Couto, Germano. 2005.** *Notas sobre Enfermagem.* Loures : Lusociência.

**Direção Geral de Saúde. 2007.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, s.l. : Lisboa: Direção Geral da SaúdeMinistério da Saúde.

**Direção Geral da Saúde . 2015.** Norma nº 20/2015 - Feixe de Intervenções - Prevenção de Infeção de local Cirúrgico. s.l. : Lisboa: Direção Geral da SaúdeMinistério da Saúde.

**Direção Geral da Saúde. 2018.** *Infeções e Resistência aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário .* s.l. : Lisboa: Direção Geral da SaúdeMinistério da Saúde.

**Encarnação, Rúben e Marques, Paulo. 2013.** *Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura.* Coimbra : Revista Enfermagem Referência.

**Faria, José; Sousa Patrícia; Gomes, Mário. 2018.** *O conforto do doente em cuidados intensivos*. s.l. : Revista electrónica trimestral de enfermagem.

**Farias, F. 2005.** *Formação holística do enfermeiro: realidade e desafios*. Fortaleza : Universidade Federal do Ceará.

**Marques, Patrícia, Carneiro, Flávia e Ferreira, Alcione. 2011.** *Perfil bacteriano de cultura de ponta de cateter venoso central*. Brasil : Rev Pan-Amaz Saude v.2 n.1 Ananindeua.

**Melo, Elizabeth; Teixeira, Carlos; Oliveira, Rogéria; Almeida, Diva; Gomes, Joelna; Frota, Natasha; Studart, Mônica. 2014.** *Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva*. s.l. : Revista de Enfermagem Referência.

**Menezes, Gabrielle, Carvalho, Maiara e Gois, Alisson. 2013.** *Cuidados de enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva*. Aracaju : Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde.

**Ministério da Saúde. 2013.** Despacho nº 15423/2013. s.l. : Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

**Ministro da Saúde. 2016.** *Despachonº 6401/2016*. Ministério da Saúde : Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

**Neto, David e Nóbrega, Maria. 1999.** *Holismo nos modelos teóricos de enfermagem*. Brasil : R. Bras. Enferm., Brasília.

**Oliveira, Ana, Lopes, Sheila e Luz, Vera Da. 2013.** *O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem*. Mindelo : Universidade do Mindelo - Escola Superior de Saúde.

**Oliveira, Célia. 2013.** *Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem*. s.l. : Pensar Enfermagem, Vol. 17, nº2.

**Oliveira, Suzana; Burgos, Maria; Santos, Eduíla; Prado, Leila; Petribú, Marina; Bomfim, Fávia, 2010.** *Complicações gastrointestinais e adequação calórico-protéica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva*. Brasil : Rev Bras Ter Intensiva, Vol. 22, nº 3.

**OMS. 2000.** Nações Unidas - Brasil. *Nações Unidas - Brasil*. [Online] Brasil, 2000. [Citação: 19 de 06 de 2019.] <https://nacoesunidas.org/oms-uso-excessivo-e-inadequado-de-antibioticos-e-principal-caoa-de-resistencia-antimicrobiana/>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2015.** Código Deontológico do Enfermeiro. *Lei n.º156/2015 de 16 de setembro*.

**Ordem dos Enfermeiros. 2017.** *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria : Ordem dos Enfermeiros.

**Ordem dos Enfermeiros. 2018.** A Prevenção e Controlo das Infecções Hospitalares . [autor do livro] Os enfermeiros e...? Açores : Açoriano Oriental.

**Ordem dos Médicos. 2018.** *Critérios de idoneidade e de formação em medicina intensiva* . Lisboa : Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva .

**Paiva, José; Fernandes, Antero; Granja, Cristina; Esteves, Francisco; Ribeiro, João; Nóbrega, José; Vaz, José; Coutinho, Paula. 2017.** *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência de medicina intensiva*. Lisboa : ACSS.

**Penedo, Jorge; Ribeiro, António; Lopes, Helena; Pimentel, Jorge; Pedrosa, José; Sá, Rui; Moreno, Rui. 2013.** *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa : Ministério da Saúde.

**Pereira, José Alberto Pires. 2012.** *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Phaneuf, Margot. 2011.** *Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada*. Coimbra : Quarteto editora, 2011. 972-8535-78-3.

**Pina, Elaine, Ferreira, Etelvina e Uva, Mafalda. 2014.** Infecções associadas aos cuidados de saúde. *Avaliação e gestão do risco em organizações de saúde*. s.l. : FIOCRUZ.

**Pinto, Filipe Jorge Freitas. 2011.** *Sedação e analgesia nas unidades de cuidados intensivos em Portugal - resultados de um inquérito nacional.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado integrado em Medicina.

**Rabim, F. 2017.** *Abordagem ao Doente Crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos.* Funchal : Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. Relatório de estágio do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

**Reis, Mónica Rodrigues dos. 2014.** *Terapias de substituição da função renal contínuas na lesão renal aguda em unidade de cuidados intensivos: manual de boas práticas de enfermagem.* Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Relatório de estágio do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

**Rosa, Mónica de Almeida Silva Ruivo. 2017.** *Infeção do local cirúrgico - um desafio multidisciplinar .* Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado integrado em Medicina.

**Santos, Sandra. 2018.** *Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa-Intervenção de Enfermagem.* Lisboa : ESEL. Relatório de estágio do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

**Silva, Ana e Lage, Maria. 2010.** *Enfermagem em cuidados intensivos.* Coimbra : Formassau.

**Silva, Erla Mendes da e Sousa, Renato Philipe de. 2017.** *Assistência De Enfermagem Ao Paciente Em Ventilação Mecânica .* Brasil : Faculdade Atenas, Portal.

**Silva, Margarida Duarte. 2014.** *Prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central: procedimentos de enfermagem.* Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

**Silva, Tiago Magalhães. 2014.** *Intervenções do enfermeiro perioperatório para a prevenção da infeção do local cirúrgico durante o período intraoperatório.* Setúbal : Percursos.

**Simoès, Joaquim Augusto Ferreira. 2016.** *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva.* Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Curso de mestrado em enfermagem.

**Soares, Ana Raquel. 2018.** *O contributo dos enfermeiros na Antibiotic Stewardship.* Lisboa : Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de mestrado em saúde pública.

**Vieira, Margarida. 2009.** *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência.* . Lisboa : Universidade Católica Editora Unipessoal.

**Wilson, Jennie. 2003.** *Controlo de infeção na prática clínica.* Loures : Lusociência.



## 6. APÊNDICES



APÊNDICE I - Questionário de avaliação de conhecimentos do feixe  
de intervenção – infecção do local cirúrgico

**Questionário de avaliação de conhecimentos do feixe de intervenção –  
infecção do local cirúrgico**

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, no ano letivo 2018/2019, do Instituto Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, decorrente da realização do estágio nesta instituição hospitalar, no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, foi elaborado um questionário de modo avaliar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de \_\_\_\_\_, no que concerne às intervenções emanadas pela Direção Geral de Saúde, de modo a diminuir as taxas de infecção do local cirúrgico. (É assegurado o anonimato dos intervenientes).

A Estudante,

Viviana Bernardes

**Parte 1 – Dados gerais**

Idade: \_\_ Género: \_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_

**Parte 2 – Conhecimentos**

1. De modo diminuir as taxas de infecção de local cirúrgico, a DGS apresenta na Norma nº 020/2015 o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico prevê um conjunto de intervenções a realizar no:
  - a) pré, intra e pós-operatório;
  - b) pré e no pós-operatório;
  - c) pós-operatório;
  
2. Antes da realização da intervenção cirúrgica, o banho deve ser realizado, com cloro-hexidina a 2% no:
  - a) dia anterior à cirurgia;
  - b) dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
  - c) dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;

3. Na realização de uma intervenção cirúrgica relativamente artroplastia da anca, a tricotomia, quando necessária, deve ser realizada:
  - a) no dia anterior;
  - b) com antecedência de pelo menos 1 hora;
  - c) o mais próximo da intervenção cirúrgica;
  
4. Como intervenção do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico, faz parte a manutenção da normotermia do doente:
  - a) no pré-operatório, no intra-operatório e pós-operatório;
  - b) apenas no intra-operatório;
  - c) no pós-operatório;
  
5. Para o sucesso na redução do número de infecções no local cirúrgico, como intervenção do feixe, deve manter-se a glicemia  $\leq 180$  mg/dl:
  - a) no pré-operatório, no intra-operatório e pós-operatório;
  - b) durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes;
  - c) durante a cirurgia e nas 48 horas seguintes;



APÊNDICE II – Representação gráfica dos resultados relativos à  
avaliação de conhecimentos

Gráfico 1 –Caracterização do grupo de enfermeiros relativamente ao género

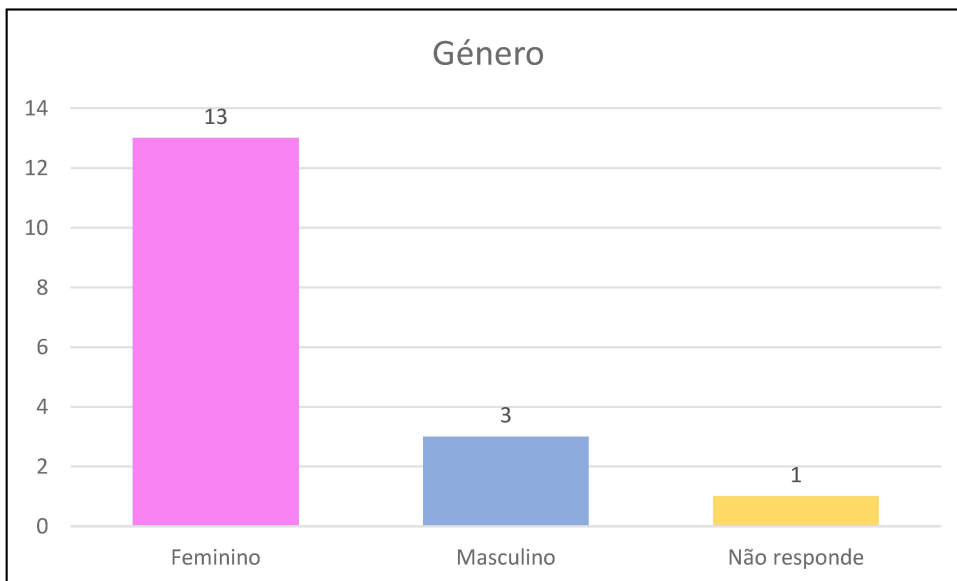


Gráfico 2 – Distribuição das frequências absolutas das repostas dos enfermeiros à Questão n.1 sobre feixe de intervenções ILC

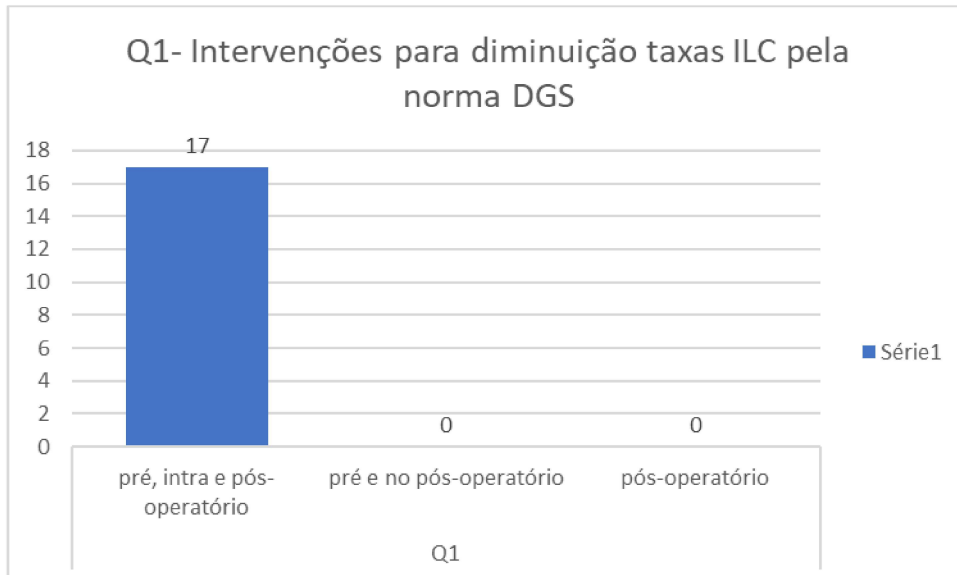


Gráfico 3 – Distribuição das frequências absolutas das repostas dos enfermeiros à Questão n.2 sobre o momento de realização do banho no pré-operatório

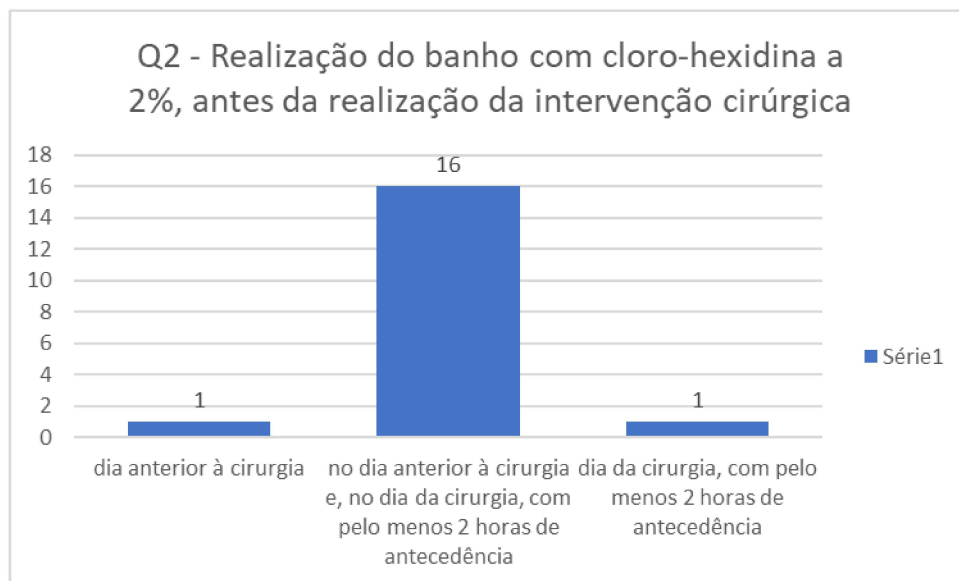


Gráfico 4 – Distribuição das frequências absolutas das repostas dos enfermeiros à Questão n.3 sobre o momento da realização da tricotomia

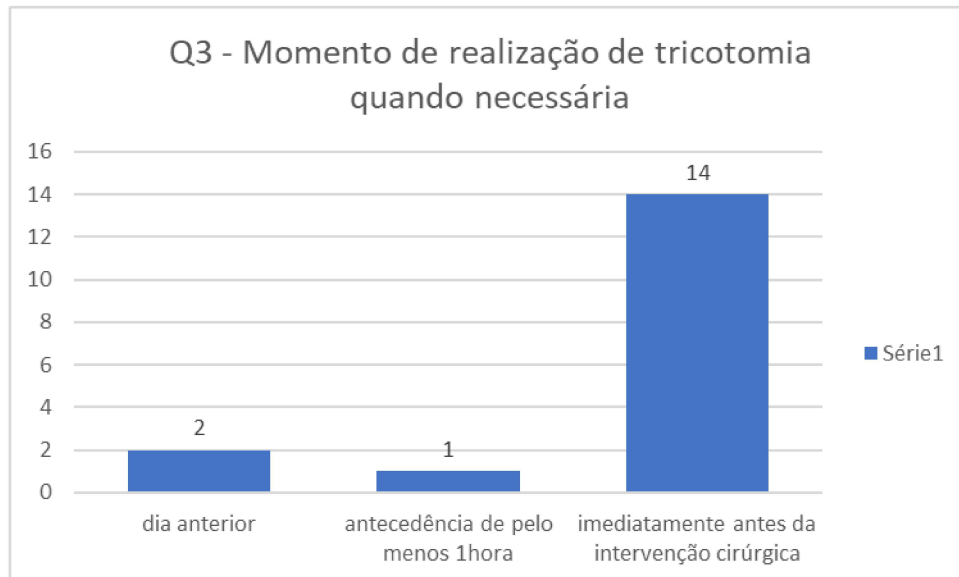


Gráfico 5 – Distribuição das frequências absolutas das repostas dos enfermeiros à Questão n.4 o momento de realização da avaliação da temperatura corporal

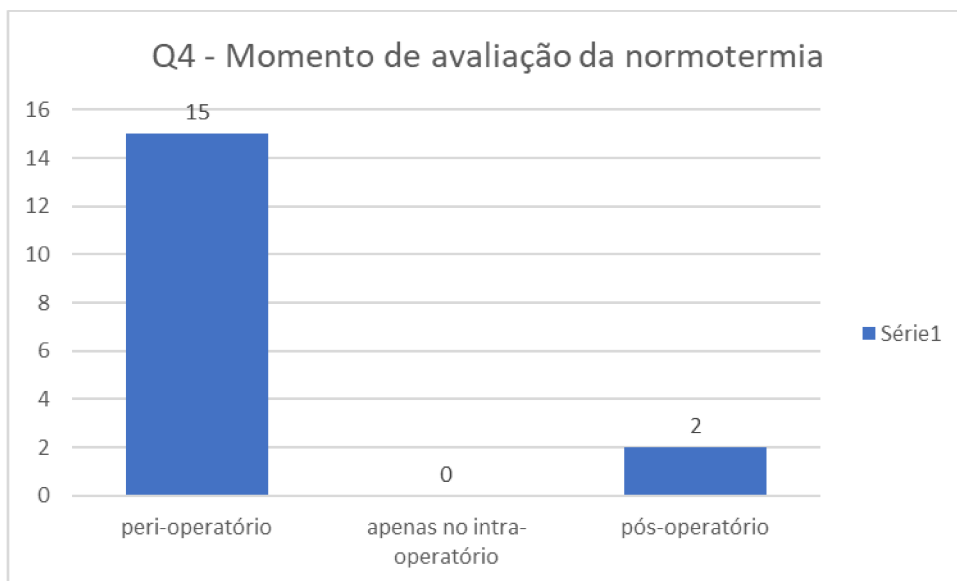
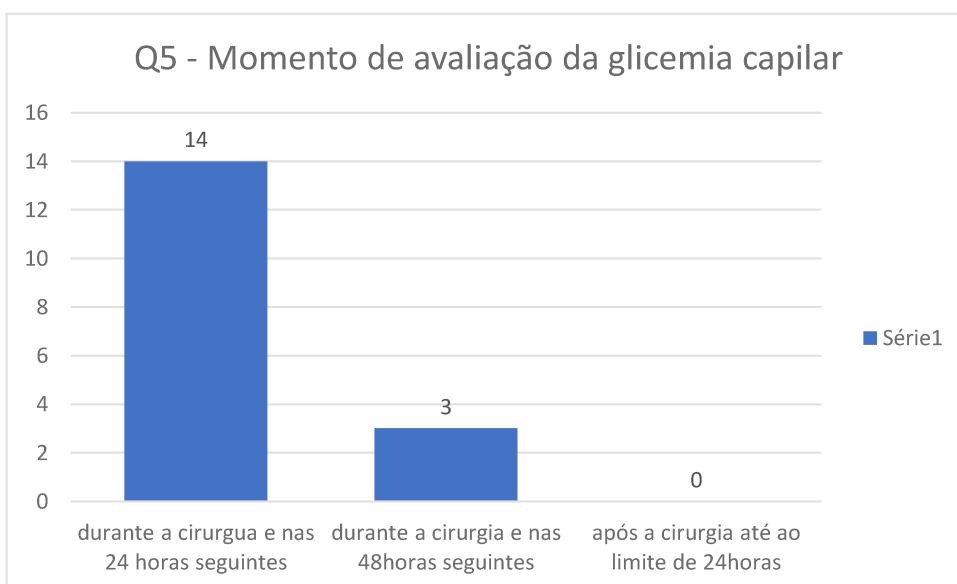


Gráfico 6 – Distribuição das frequências absolutas das repostas dos enfermeiros à Questão n.5 sobre o momento de realização da avaliação da glicemia capilar



## APÊNDICE III – Poster: feixe de intervenção ILC

# “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico



**1. Realizar banho com cloro-hexidina a 2%:** no dia anterior e no dia da cirurgia com, pelo menos, 2 horas antes da cirurgia



**2. Administrar profilaxia antibiótica cirúrgica:** nos 60 minutos antes da cirurgia, sempre que indicado: em dose única ou durante um máximo de 24 horas



**3. Evitar tricotomia:** quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia



**4. Manter normotermia (≥ 35,5 °C):** durante o período peri-operatório



**5. Manter glicemia < 180 mg/dl:** durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes

## APÊNDICE IV – Estudo de caso

## **Estudo de Caso**

**Nome:** J.M.

**Idade:** 33 anos

**Antecedentes pessoais:** cirurgia de correção a má rotação intestinal na 1ª infância; apendicectomia aos 10 anos de idade e internamento em 2012, no serviço de cirurgia geral, por quadro sub-oclusivo. Sem alergias e sem medicação habitual.

**Diagnóstico principal:** Peritonite fecaloide por perfuração de víscera oca.

**Motivo de internamento na UCIP:** Peritonite

**História da doença atual:** Indivíduo do sexo masculino, recorre ao serviço de urgência, no dia \_\_\_/05/2019, por dor abdominal no flanco interno direito. No momento, sem náuseas, vômitos ou febre e, última dejeção de características normais. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável e apirético. Colocada sonda nasogástrica, mas em drenagem de conteúdo. Analiticamente sem alterações. Realizada TAC, apresentando anomalia de rotação intestinal, com agrupamento de ansas delgadas dilatadas no abdómen direito, contendo líquido sendo os achados em favor de fenómeno oclusivos. Estas ansas dilatadas determinam compressão extrínseca sobre o trajeto uretral à direita de que resulta hidronefrose ipsilateral leve.

No serviço de urgência apresenta dor refrataria, onde foi instituída analgesia, colocada nova sonda nasogástrica para drenagem espontânea, tendo sido aspirado 500ml de conteúdo de estase. Dada a clínica de forte suspeita de isquemia intestinal, optou-se por laparotomia exploradora. Neste sentido, a cirurgia decorre sem intercorrências major, sem sinais de francos de isquemia. No pós-

operatório imediata, após um período no recobro, foi para o serviço de cirurgia, com antibioterapia.

Durante o 2º dia de internamento, doente com queixas de dor abdominal intensa e defesa à palpação. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, com valores e PCR a aumentar. Neste contexto, efetuado novo TAC, apresentando líquido abdominopélvico em maior quantidade que o habitual para o período pós-operatório e pneumoperitônio abdominopélvico. Foi novamente ao bloco operatório de urgência, na madrugada do 3º dia e.

Portanto, diagnóstico de peritonite, tendo sido realizada exploração da cavidade abdominal constatando-se a presença de uma volumosa quantidade de líquido peritoneal sero-hemático, que se aspira e é enviado para exame bacteriológico. Apresenta presença de perfuração da ansa do delgado com saída de conteúdo entérico após manipulação da ansa. Opta-se por enterectomia segmentar e laqueação do mesentérico. Admitido na UCIP, sedado e analgesiado, sob ventilação invasiva.

A partir deste momento esteve 2 dias de internamento na UCIP, com ventilação invasiva, sedado e analgesiado, até estabilidade hemodinâmica e analítica. Posteriormente, dá-se início ao desmame ventilatório.

#### **Terapêutica:**

Enoxaparina 40mg de 24/24horas, por via subcutânea;

Ceterolac 30mg de 8/8 horas, por via endovenosa;

Furosemida 20mg de 8/8 horas, por via endovenosa;

Metoclopramida 10mg de 8/8 horas, por via endovenosa;

Multivitaminas hidrossolúveis 24/24 horas, por via endovenosa;

Paracetamol 1gr de 6/6 horas, por via endovenosa;

Esomeprazol 40 mg de 24/24h, por via endovenosa;

Cloreto de sódio 0,9% a 60mL/hora, por via endovenosa;

Nutrição parentérica de 1400 Kcal, num total de 1920 mL dia;

Fentanil em SOS;

Diazepam 5mg em SOS;

### **Plano de cuidados de enfermagem:**

No decurso do início do processo do desmame ventilatório há diversos focos de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, não esquecendo as restantes áreas de atuação, olhando sempre para o doente de forma holística.

Deste modo, devemos manter os focos de atenção na vertente do autocuidado;

#### **Foco: dor**

##### **Intervenções de enfermagem:**

- avaliação da dor através da escala numérica;
- analgesia prescrita em SOS;

##### **Resultados:**

- dor melhorada

#### **Foco: ferida cirúrgica**

##### **Intervenções de enfermagem:**

- monitorização da dor;
- tratamento ferida cirúrgica;
- vigiar penso da ferida cirúrgica;

##### **Resultados:**

- ferida cirúrgica melhorada;

#### **Foco: risco de úlcera pressão**

##### **Intervenções de enfermagem:**

- colocação de colchão de pressão alterna;
- posicionamentos com alternância de decúbitos;

##### **Resultados:**

- integridade cutânea;

**Foco:** ventilação mecânica invasiva

**Intervenções de enfermagem:**

- monitorização de electrocardiograma, frequência cardíaca, tensão arterial e saturação de oxigénio;

- avaliar o estado de consciência – escala de Glasgow;
- avaliar o padrão circulatório;
- avaliar o padrão respiratório;
- avaliar a gasometria arterial;
- avaliar o estado nutricional;
- avaliar o posicionamentos do doente;
- controlar a pressão do cuff;

**Resultados:**

- desmame ventilatório

**Foco:** desmame ventilatório

**Intervenções de enfermagem:**

- avaliar o estado de consciência – escala de Glasgow;
- avaliar o padrão circulatório;
- avaliar o padrão respiratório;
- avaliar a gasometria arterial;
- avaliar o estado nutricional;
- avaliar o posicionamentos do doente;
- controlar a pressão do cuff;

**Resultados:**

- padrão respiratório eficaz;

**Foco:** limpeza das vias aéreas

**Intervenções de enfermagem:**

- avaliar o padrão respiratório;
- aspiração de secreções em SOS;

**Resultados:**

- limpeza das vias aéreas eficaz;