



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Por

Sara Daniela Teixeira da Mota

Porto, março de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SKILLS IN ASSISTANCE TO
PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS**

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

Por

Sara Daniela Teixeira da Mota

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, março de 2023

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e pretende relatar o percurso académico realizado nos dois contextos de estágio da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, evidenciando o processo de aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista, tendo em conta os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Os contextos de estágio consistiram num Serviço de Urgência e num Serviço de Medicina Intensiva, nos quais foi possível refletir e adquirir conhecimentos e prática em Enfermagem Médico-Cirúrgica face à Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da prática profissional, ética e legal, desenvolvi estratégias de tomadas de decisões tendo em conta os princípios, valores e normas deontológicas. No domínio da qualidade, criou-se estratégias de forma a consolidar e promover a segurança e qualidade na prestação dos cuidados. Na gestão de cuidados de enfermagem, refleti sobre a importância do enfermeiro especialista e da gestão dos cuidados de saúde perante os recursos existentes. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei refletir sobre a necessidade do Enfermeiro Especialista ter que adquirir a capacidade de aplicar e demonstrar conhecimentos específicos de forma contínua e baseados em fundamentação científica.

Ao longo desta unidade curricular foi realizado uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada ao ventilador, tendo por base a norma 021/2015 da Direção Geral de Saúde relativamente ao Feixes de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

Palavras-Chaves: enfermagem médico-cirúrgica, enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; competências comuns, competências específicas.

ABSTRACT

This report comes within the scope of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, and intends to report the academic path carried out in the two internship contexts of the curricular unit “Final Internship and Report”, highlighting the process of acquiring the skills defined by the Order of Nurses for the Specialist Nurse, taking into account the four domains of the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences of the Specialist Nurse in Nursing for the Person in Critical Situation. The internship contexts consisted of an Emergency Service and an Intensive Care Unit, in which it was possible to reflect and acquire knowledge and practice in Medical-Surgical Nursing for people in critical situations.

Regarding the common skills of the Specialist Nurse, in the field of professional, ethical and legal practice, I have developed decision-making strategies taking into account the principles, values and deontological norms. In the field of quality, strategies were created in order to consolidate and promote safety and quality in the provision of care. In the management of nursing care, I reflected on the importance of the nurse manager and the management of health care in view of the existing resources. In the domain of the development of professional learning, I tried to reflect on the need for the Specialist Nurse to acquire the ability to apply and demonstrate specific knowledge on a continuous basis and based on scientific foundations.

Throughout this curricular unit, an integrative literature review was carried out on nursing interventions in the prevention of ventilator-associated pneumonia, based on standard 021/2015 of the General Health Directorate regarding the Bundles of Interventions for the Prevention of Ventilator-associated Pneumonia Intubation.

Keywords: medical-surgical nursing, specialist nurse; person in critical situation; common skills, specific skills.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”

“Florence Nightingale”

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, agradeço à minha orientadora, pela disponibilidade e apoio constante. Por sempre acreditar em mim, mais do que eu, e por me ter incentivado a nunca desistir. Obrigada por me demonstrar que a nossa profissão ainda vale a pena.

À minha mãe e irmã, por serem o meu pilar e o meu porto seguro. Por me demonstrarem o amor incondicional e pela compreensão e apoio ao longo deste percurso.

Ao meu namorado, pela compreensão, encorajamento, apoio incondicional estando a meu lado em todos os momentos. Foi com ele que percorri esta caminhada.

A todos os docentes do Mestrado, por me transmitirem todo o conhecimento e apoio prestado.

Aos meus tutores por toda a partilha de conhecimento, pelo companheirismo e pelo exemplo de profissionalismo e dedicação à nossa profissão.

A todos os meus amigos por todos o apoio, força e carinho demonstrado nesta fase.

Aos meus colegas do Mestrado que me acompanharam ao longo deste percurso.

Por fim, mas não menos importante, às minhas estrelinhas, que estando longe sinto que estiveram sempre comigo, dando-me força para nunca desistir.

Obrigada a todos.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – “A-Airway; B- Breathing; C- Circulation; D- Disability; E- Expose/Environment”

AEM – Ambulância de Emergência Médica

APA - American Psychological Association

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID 19 – Coronavirus 19

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico – Cirúrgica

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EHP – Equipa de Emergência Pré-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GAFA – Gabinete de Apoio a Familiares e Acompanhantes

HEM – Helicóptero de Emergência Médica

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – “Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation”

MS – Ministério da Saúde

OC – Observação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PNSD – Plano Nacional para a segurança dos doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RMN - Ressonância Magnética

RX – Raio X

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPIKES – “S – Setting up; P – Perception; I – Invitation; K – Knowledge; E – Emotion; S– Strategy and Summary”

SU – Serviço de Urgência

UCDC – Unidade de Curta Duração Cirúrgica

UCDM – Unidade Curta Duração Médica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

TAC – Tomografia Computorizada

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	19
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	23
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	27
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	31
4 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	32
4 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	35
4 Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	39
4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	41
5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	47
6. CONCLUSÃO	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
8. APÊNDICES.....	59
APÊNDICE I – “Técnicas Inalatórias”	61
APÊNDICE II – “Plano de Sessão: Feixes de Intervenção para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”	65
APÊNDICE III - "Feixes de Intervenção para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação"-Apresentação.....	69
APÊNDICE IV - “Revisão Integrativa da Literatura: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada ao Ventilador”.....	89

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi proposta a elaboração de um Relatório final de estágio, que visa demonstrar a aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC). Este relatório tem como objetivo mencionar e relatar as competências adquiridas e desenvolvidas para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE) ao longo deste percurso.

Esta unidade curricular teve uma carga horária de 840 horas, das quais 360 correspondem a horas de prática clínica nos contextos de estágio e as restantes encontram-se divididas entre as orientações tutoriais, seminários e trabalho de pesquisa individual para realização de trabalhos. A mesma integra dois estágios com uma carga horária de 180 horas de contacto para cada um, realizados num Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Hospital da Região Norte de Portugal.

O estágio decorreu entre 5 de setembro e 16 de dezembro 2022, sob orientação pedagógica de um professor da UCP.

O meu percurso profissional incidiu maioritariamente em contexto de urgência e contexto de medicina e por isso a área da PSC sempre me suscitou grande interesse devido à sua complexidade de atuação perante uma pessoa em estado crítico. Por este motivo decidi investir na formação nesta área com vista a aquisição de competências específicas, de forma a aumentar os meus conhecimentos relativamente à PSC.

É importante referir que o meu primeiro estágio, inserido na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” também foi bastante importante para a detenção de competências específicas na área da PSC, na medida em que se realizou no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do Norte do país. Este estágio deu-me bastantes ferramentas de atuação rápida e eficaz perante a PSC, nomeadamente a nível técnico e comunicacional. Consegui criar

barreiras contra os meus “receios” e isso ajudou-me bastante na minha evolução profissional, e também pessoal.

O presente relatório tem como objetivos: conhecer o percurso realizado ao longo do estágio final para atingir os objetivos gerais e específicos propostos no Projeto de Estágio, realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas e aprendizagens adquiridas com essas vivências, difundir o conhecimento científico para a prática promovendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados e, por último, demonstrar a aquisição de competências descrevendo todas as atividades e situações identificadas e quais foram as soluções encontradas para concretizar os objetivos definidos.

Segundo a OE (2017), os cuidados de enfermagem especializados à PSC são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Os contextos de estágio permitiram-me uma reflexão crítico-reflexiva, estabelecendo juízos clínicos, reflexão sobre tomadas de decisão, sobre intervenções e ações implementadas, tendo prestado os cuidados fundamentados no conhecimento científico adquirido ao longo dos estágios através de pesquisas em diferentes bases de dados.

Os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de Enfermagem, assumem uma grande importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, um EE “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2017).

Este relatório apresenta uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva suportado em consulta bibliográfica.

A nível estrutural, encontra-se dividido em seis capítulos, iniciando-se pela introdução, onde são descritos os propósitos da elaboração do relatório. No segundo capítulo realço a importância que o primeiro contexto de estágio contribuiu para a aquisição de competências enquanto futura EE. No terceiro capítulo faço a contextualização dos locais de estágio, seguindo para o quarto capítulo, onde descrevo os quatro domínios das competências do EEEMC à PSC, fazendo uma análise crítico-reflexiva sobre as competências adquiridas e as atividades realizadas ao longo dos diferentes contextos. No capítulo cinco menciono as competências específicas do EE e quais as competências que obtive em cada uma. No capítulo seis apresenta-se a conclusão, que pretende dar uma análise global do relatório, mencionando a importância deste percurso na minha vida pessoal. Por fim, nos capítulos sete e oito, encontram-se as referências bibliográficas e os apêndices, que se referem a trabalhos realizados ao longo deste percurso académico.

As citações e referências bibliográficas apresentadas neste relatório encontram-se de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A Enfermagem é a arte de cuidar, centrada na pessoa, na sua família e na comunidade, sempre foi esse o motivo pela qual escolhi ser enfermeira.

A minha experiência profissional advém do exercício de funções no SU de um hospital do norte do país desde 2017 e num Serviço de Infeciologia, Pneumologia e Endocrinologia de um hospital do norte do país desde 2020. Ao longo de sete anos de profissão, demonstrei sempre interesse pela área da PSC, e os desafios e dificuldades por vezes sentidas, levaram-me à procura e desenvolvimento de novos conhecimentos. Decidi dar o passo em frente na procura da realização profissional e, também pessoal, propondo-me, assim, a investir na minha formação académica no sentido de aquisição de novas competências e construção de conhecimento, no Mestrado em EMC na área da Enfermagem à PSC.

No âmbito da aquisição de competências enquanto futura EEMC na área PSC, iniciei o meu percurso com a realização do primeiro estágio em contexto da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”. Este estágio decorreu entre o dia 2 de Maio de 2022 a 25 de Junho de 2022, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – Região Norte, com um total de 180 horas, divididas em 120 horas em Suporte Imediato de Vida (SIV) e 42 horas em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Segundo o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 34/2012, o INEM tem a missão de “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde”.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM existe em Portugal desde 1981, e trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de

acidente ou doença súbita, entre as quais, a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2020).

Os meios existentes são: as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), as Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, o Helicóptero de Emergência Médica (HEM) e a moto. (INEM, 2020).

Este primeiro contexto de estágio incidiu a minha prática direcionada para os meios SIV e VMER.

Segundo o INEM (2020), as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) são um meio de emergência pré-hospitalar diferenciado, sendo constituída por um técnico de emergência pré-hospitalar e um enfermeiro com formação específica nesta área e detentor do curso de suporte imediato de vida (SIV) administrada pelo INEM.

Em contexto de estágio pude constatar que o trabalho do enfermeiro em ambulância SIV é exigente, não só pela necessidade de aplicação de conhecimentos vastos, mas também pela responsabilidade de atuação e decisão. O enfermeiro, enquanto responsável/líder de equipa, gere a sua atuação mediante protocolos e procedimentos definidos pelo INEM, acrescidos de validação do médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), estabelecendo deste modo a interligação entre a equipa e os diferentes meios do INEM. Tem a responsabilidade de compreender e saber selecionar adequadamente o protocolo de atuação a implementar, consoante o estado da vítima em cada situação, recorrendo aos seus conhecimentos técnico-científicos e espírito crítico para avaliar a situação, tomar decisões fundamentadas e realizar uma abordagem diferenciada de forma adequada.

As VMER destinam-se ao transporte de uma equipa médica para o local de ocorrência onde se encontra a pessoa doente. O seu objetivo centra-se na estabilização pré-hospitalar em situações de emergência da vítima de doença súbita ou acidente, com posterior acompanhamento médico durante o transporte até ao hospital. A equipa é composta por um médico e um enfermeiro, dotados de formação específica em emergência médica e, em particular, em Suporte Avançado de Vida (SAV). Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) e trauma. (INEM, 2020).

Ao longo deste estágio abordei a pessoa doente de acordo com a nomenclatura

ABCDE (Airway (A) - Permeabilização da via aérea, com controlo da coluna cervical; Breathing (B) - Ventilação e oxigenação; Circulation (C) – Circulação, com controlo de hemorragia; Disability (D) – Disfunção neurológica; Exposure (E) – Exposição, com controlo da temperatura) refletindo sobre a importância da correta e eficaz abordagem à vítima. Uma avaliação precisa da vítima é das competências mais importantes desempenhadas pelo equipa de Emergência Pré-Hospitalar (EHP). Saliento para a importância da anamnese e avaliação física feita à pessoa doente, no sentido de ser essencial para estabelecer o melhor plano de abordagem à vítima e para definir as prioridades de tratamento. (INEM, 2019).

A abordagem à vítima recorrendo aos protocolos em vigor, permitiu-me desenvolver competências na abordagem e atuação perante a vítima crítica, em situação emergente. Esta deverá reger-se por conhecimentos técnicos e competências de relacionamento interpessoal, de forma a respeitar os direitos e necessidades das vítimas e promover a colaboração com as equipas.

Contudo, para adquirir estas competências tive necessidade de efetuar pesquisas avançadas, de forma a adquirir mais conhecimento, e desta forma, atuar de forma mais segura e confiante, priorizando sempre a segurança da pessoa doente.

Sendo a comunicação a base da enfermagem, ao longo deste estágio pude aperfeiçoar a técnica de comunicação, não só com a pessoa doente, mas também com a família, que é um elemento essencial na integração do processo terapêutico. As medidas que adotei para a melhoria da relação comunicacional foi a utilização de uma comunicação empática, assertiva, clara e de fácil compreensão, adaptando o tipo de comunicação à complexidade da situação crítica e promovendo o apoio emocional ao doente e/ou família.

O enfermeiro especialista deve zelar pela qualidade dos cuidados prestados, implementando programas de controlo de qualidade e controlo de infeção e este era um dos meus objetivos, ou seja, prestar os cuidados especializados obedecendo a critérios de prevenção e controlo de infeção. Para atingir este objetivo baseei-me no domínio da melhoria contínua da qualidade, competência comum aos enfermeiros especialistas, centrando-me na segurança do doente e na importância de precauções de forma a prevenir infeções, como a lavagem das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), a troca frequente de máscara, utilização de calçado e roupa adequada, limpeza frequente de superfícies próximas do doente. Consegui refletir na importância

que tem, não só para a pessoa doente, como também para o profissional de saúde.

Relativamente ao domínio da gestão, tive oportunidade de observar a metodologia de trabalho e de gestão, as atividades específicas dos diferentes intervenientes do SIEM, os recursos humanos e materiais, o armazenamento de todos os materiais e equipamentos utilizados e específicos para as emergências neste contexto e colaborei ainda na gestão de cuidados de enfermagem e de recursos. O enfermeiro neste ambiente da prática é confrontado diariamente com várias atividades de gestão, nas quais, pude participar, tais como: realização do check-list, reposição de medicação e material de uso clínico, conferindo a sua validade, gestão de stock, verificação do material das malas de reserva, do funcionamento dos equipamentos de transporte, da manutenção da ambulância assegurando a sua operacionalidade e articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar.

Este estágio permitiu-me a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento quer de capacidades metodológicas e técnicas, quer de capacidades de reflexão e autocrítica. Foi um contributo extremamente positivo para a minha formação como futura EE, permitindo adquirir e desenvolver competências de grande importância para o meu crescimento a nível profissional e pessoal.

A concretização do estágio no INEM revelou-se um desafio muito enriquecedor, uma vez que me proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem, situações em que se necessitou de intervenção rápida, eficaz e eficiente, com identificação rápida dos potenciais problemas da PSC, com o conseqüente modo de atuação que as competências do EEMC permite: “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (OE, 2017).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O primeiro estágio foi no SU de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, com uma carga horária de 180 horas de prática clínica, e decorreu no período de 5 de Setembro de 2022 a 26 de Outubro de 2022.

Este SU trata-se de uma urgência polivalente, correspondendo ao nível mais diferenciado de resposta à situação de emergência/urgência.

O SU está integrado no departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência do centro hospitalar e, através de uma equipa multiprofissional, tem como missão o rápido diagnóstico e tratamento de doentes urgentes e seu encaminhamento para a alta ou internamento. Adicionalmente, é o serviço de referência na área metropolitana do norte do país para a especialidade de Gastroenterologia (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Este serviço contempla as seguintes áreas: Triagem, Sala de Emergência (SE), Área Médica, Observação Clínica (OC), Área Respiratória que integra uma Área Dedicada ao COVID-19, Inaloterapia, Pequena Cirurgia, Ortopedia, Clínica Geral, Oftalmologia, Unidade de Curta Duração Cirúrgico (UCDC), Unidade de Curta Duração Médica (UCDM) e um Gabinete de Apoio à Família/ Acompanhante (GAFA). Também neste SU encontramos Áreas dedicadas a realização de exames complementares de diagnóstico como Raio X (Rx), Ecografia, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RMN).

O rácio do SU é composto por 21 enfermeiros no turno da manhã, 20 enfermeiros no turno da tarde e 19 enfermeiros no turno da noite, distribuídos por cada setor. Relativamente aos enfermeiros destacados para a SE, têm que ter formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV em trauma, conforme está contemplado no Despacho nº. 10319/2014 do Ministério da Saúde. Os profissionais que prestam cuidados à PSC na SE são o médico da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), um enfermeiro do SU e um enfermeiro da UCIP.

Em todos os turnos existe um enfermeiro de referência que gere a dinâmica de

SU em conjunto com o chefe de equipa e coordena a equipa de enfermagem que se encontra no turno. O enfermeiro coordenador deve ser preferencialmente um EE.

O segundo estágio foi no SMI de um Hospital da região norte de Portugal, com uma carga horária de 180 horas de prática clínica, e decorreu no período de 27 de Outubro de 2022 a 16 de Dezembro de 2022.

Por definição a Medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação de doente e família na definição da estratégia terapêutica (Ministério da Saúde, 2017).

O SMI é considerado uma unidade de nível III, sendo constituída por camas de nível II e de nível III, com a designação de intensivistas, que devem ser destinadas somente a doentes que apresentem uma ou mais disfunções de órgãos vitais potencialmente ameaçadoras de vida, e que necessitem de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017).

O SMI é responsável pela Emergência Interna e a SE. Este serviço apresenta uma capacidade até 21 camas, sendo que 11 estão preparadas para isolamento em pressão negativa, com o grande objetivo de receber doentes contaminados que necessitem de isolamento.

No SMI, a equipa de Enfermagem é composta por uma Enfermeira Chefe, quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, vários EE em EMC e Enfermeiros generalistas. A equipa de Enfermagem do SMI está subdividida em cinco equipas de trabalho, com 9 a 11 elementos cada uma, sendo que um deles assume a função de responsável de equipa, que geralmente corresponde ao enfermeiro responsável pelo turno. Os responsáveis de turno são normalmente os EE e Enfermeiros Sénior, ou seja, aqueles que apresentam um conjunto de competências especializadas correlacionados à experiência obtida ao longo do tempo. Para além de tarefas indispensáveis ao serviço, os responsáveis de turno também têm o papel de gestão do

serviço, da equipa e de tomada de decisão, quando a Enfermeira Chefe se encontra ausente do serviço.

Este SMI apresenta acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, fornecendo cuidados continuados, adequados aos doentes críticos de maior gravidade e complexidade, incluindo ventilação mecânica invasiva e não invasiva, neuro-monitorização invasiva, monitorização hemodinâmica invasiva avançada, técnicas de suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínua.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Como já foi abordado anteriormente, nesta unidade curricular, desenvolvi o meu estágio em dois locais distintos: num SU de um Centro Hospitalar do Norte e no SMI de um Hospital do Norte do país. Portanto, neste capítulo irei refletir acerca dos dois estágios realizados, fazendo uma contextualização de cada um e posteriormente a minha reflexão sobre o meu percurso tendo como base a aquisição de competências propostas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEMC na área da PSC.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A atribuição do título de EE pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As competências resultam do conhecimento prévio da pessoa, do seu saber e da sua ação perante as suas tomadas de decisão nos diferentes contextos em que se inserem (Teixeira, 2010). Neste seguimento, Phaneuf (2005) refere que a aquisição de competências exige do profissional um conjunto assimilado de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio afetivos que permitam exercer, ao nível do desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função ou uma atividade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”.

Os cuidados à pessoa em situação crítica devem ser “altamente qualificados,

prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018). Tendo em conta os objetivos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros para os EE, delineei objetivos, de forma a descrever e refletir o meu percurso de aquisição de competências ao longo dos estágios para esta área de especialização.

Desta forma, este capítulo está organizado pelos quatro domínios das competências comuns do EE. Para cada domínio é realizada uma reflexão crítica, descrevendo quais as competências adquiridas ao longo deste percurso.

4.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O EE demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. (OE, 2019).

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. Como afirma Jean Watson, “temos que tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Com o intuito de adquirir competências relativamente a este domínio, delineei como objetivo: *Executar cuidados de enfermagem eficazes e fundamentados, numa perspetiva da área médico-cirúrgica, baseada nos princípios éticos e legais, tendo em conta o código deontológico.*

Em ambos os estágios, todas as intervenções e ações assentaram nos conceitos básicos de bem-estar da pessoa doente, respeito e dignidade, exigindo uma postura humanizadora.

Nos dois contextos de estágio deparei-me diariamente com dilemas éticos e legais. Várias foram as situações em que tive a oportunidade de participar na tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar, com a pessoa doente e sua família.

Muitas vezes, os doentes em situação crítica estão numa posição vulnerável e

incapazes de decidir por si, ou defenderem os seus direitos, pelo que os princípios éticos fundamentais foram sempre tidos em conta, de forma a garantir o bem-estar da pessoa doente. Prestei cuidados de qualidade e de forma holística, independentemente da raça, sexo, etnia ou crenças do doente, respeitando e protegendo sempre os direitos da pessoa doente.

A aplicação dos princípios éticos como a autonomia, beneficência, não-maleficência e a justiça são fundamentais. O princípio da autonomia permite ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa, mediante uma informação correta. O princípio da beneficência baseia-se no conceito de fazer o bem e o da não-maleficência em não causar dano. O princípio da justiça faz referência à distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, bem como a garantia de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015).

Relativamente à SE, o enfermeiro encontra-se muitas vezes em situações de stress e por isso o seu papel torna-se desafiante. Durante este estágio pude observar a atuação do enfermeiro especialista na SE perante a PSC. Neste contexto destaco a postura humanizadora com que os profissionais prestam cuidados especializados à pessoa em situação crítica, zelando sempre pelo bem-estar da pessoa doente, respeitando sempre os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Como mencionei anteriormente, este serviço dispõe de um GAFA, com o intuito de apoiar na orientação do familiar de referência e complementar a informação que já foi fornecida ao familiar sobre a pessoa doente, tendo em consideração a humanização hospitalar, demonstrando respeito, construindo uma comunicação terapêutica entre enfermeiro/doente e enfermeiro/familiar. Com esta vertente no serviço de urgência verifiquei que a comunicação é a base de qualquer relação terapêutica.

Ao longo do estágio do SU, deparei-me com o dilema da realização de transfusão sanguínea em doente pertencente a religião jeová, que não aceitam este procedimento. Os profissionais de saúde devem respeitar a decisão da pessoa doente, sea pessoa for orientada. A necessidade de transfusão sanguínea em testemunhas de jeová coloca a equipa de saúde diante de um dilema ético e moral porque este procedimento envolve a colisão de dois direitos fundamentais: o direito à vida e o direito de recusa por convicções religiosas.

Como enfermeira tenho que zelar pela vida da pessoa doente, fazendo tudo que

está ao meu alcance para lhe proporcionar o melhor tratamento, mas também tenho o dever de respeitar a vontade da pessoa doente, se for uma pessoa orientada e capaz das suas decisões autonomamente, em não querer determinado tratamento. Neste caso em particular, o papel dos enfermeiros foi explicar os benefícios da transfusão sanguínea independentemente da decisão da pessoa doente. O facto de a pessoa doente não aceitar o tratamento, mesmo sabendo os benefícios que lhe trás, para mim, foi um dilema difícil de entender na medida em que o tratamento lhe ia proporcionar melhor qualidade de vida e bem-estar. Contudo, tendo em conta este caso, a minha atuação foi suportada pelo conhecimento associado aos princípios éticos, legais e deontológicos, e por isso, os meus cuidados foram prestados de forma a respeitar o interesse da pessoa doente e a sua decisão.

Durante a minha prática foi possível constatar que os doentes assistidos no SU nem sempre possuem conhecimento e discernimento para tomarem decisões, quer pela falta de compreensão, quer pelo estado de saúde em que se encontram. Assim no decorrer do Estágio em EMC, tive como preocupação constante, garantir que a informação fosse dada numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando obstáculos culturais e linguísticos. Preocupei-me ainda, em perceber se o doente compreendeu a informação, validando-a, esclarecendo dúvidas, e até mesmo reformulando muitas vezes o conteúdo da informação, de forma que a decisão da pessoa doente para determinada intervenção fosse autónoma e esclarecida.

Segundo o Artigo 107º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei 156/2015), o enfermeiro vê-se também obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente. No SU senti essa dificuldade, pois a prestação de cuidados ocorre, por vezes, sob o olhar indiscreto de pessoas, e nos espaços destinados à prestação de cuidados, embora se utilizem cortinas, estes são insuficientes, para preservarem o direito da pessoa à sua privacidade. A permanência dos doentes em macas ou cadeiras nos corredores é também uma constante, fruto da grande afluência registada neste serviço.

No contexto de estágio do SMI, debrucei-me sobre o dilema ético da suspensão de ventilação invasiva, instituindo medidas de conforto na PSC. É um dilema médico, mas enquanto enfermeira e vivendo as situações de perto, fez-me refletir sobre quais os critérios a ponderar nestas decisões, uma vez que um dos direitos fundamentais é o direito à vida. Nestas situações, os quatro princípios bioéticos apresentam um fundamento importante para a tomada de decisão clínica. A sua aplicação fornece uma

linguagem e estrutura analítica moral, básica e comum, que deve ser complementada por um suporte compassivo dos familiares, comunicação esclarecedora e partilha de informação essencial (Cadernos de Saúde, 2021).

Com estes dilemas éticos e legais, tive a oportunidade de refletir na importância da comunicação com a pessoa doente e sua família e o quanto uma relação terapêutica suportada no respeito pela dignidade da pessoa doente se torna essencial para o processo de tratamento.

Concluindo e analisando o percurso realizado ao longo destes dois contextos de estágio, considero que atingi este domínio, participando na tomada de decisões fundamentadas nos princípios éticos, legais e deontológicos, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

4.2. Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

Atualmente verifica-se uma preocupação crescente com a melhoria da qualidade, pelo que surgem com frequência programas de melhoria em vários domínios de intervenção de enfermagem.

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

O PNSD 2021 -2026, no despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021, emitido pelo Ministério da Saúde é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos: “1. Cultura de segurança; 2. Liderança e governança; 3. Comunicação; 4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; 5. Práticas seguras em ambientes seguros (Pág. 99-103).

Com o intuito de adquirir competências relativamente a este domínio, delineei como objetivo: *Prestar cuidados de enfermagem em colaboração com a equipa multidisciplinar tendo como base a qualidade e segurança dos cuidados prestados.*

Os EE assumem um papel fundamental na qualidade dos cuidados e, para isso, a segurança da PSC tornou-se um foco de atenção na prestação de cuidados.

A segurança na prestação de cuidados ao doente/família é fundamental para a qualidade em saúde, requer um conjunto de medidas tais como a segurança ambiental, gestão de risco, recrutamento e integração de profissionais e a melhoria do desempenho (OE, 2006).

Para promover a segurança da pessoa doente é importante implementar uma cultura de segurança, com discussão acerca dos erros, comunicação entre a equipa multidisciplinar e elaborar normas de segurança e colaboração entre equipas.

A qualidade dos cuidados e a segurança dos mesmos estão relacionados, pelo que na minha prática diária procurei sempre conhecer e manusear o material e equipamento disponível, bem como a medicação mais utilizada no serviço de forma segura. Para complementar, também procurei conhecer as normas e protocolos de atuação para que pudesse detetar, prevenir e tratar complicações inerentes ao tratamento da pessoa doente, tal como as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

No estágio de SU, pude constatar algumas falhas no processo de comunicação no momento de transição de cuidados, que melhoravam com a utilização da metodologia ISBAR.

A ferramenta ISBAR, permite que exista uma padronização da comunicação em saúde, sendo reconhecida por promover a segurança do doente na transmissão dos cuidados. Este auxiliar de memória, permite de uma forma simples, memorizar uma construção complexa que auxilia a transmissão verbal, sendo I: corresponde à identificação, S: à situação atual, B: aos antecedentes, A: à avaliação, R: às recomendações (Direção Geral da Saúde (DGS),2017).

Deste modo, a equipa de enfermagem consegue padronizar o processo de transmissão de informação na passagem de turno, o que leva à gestão de risco e por conseguinte à diminuição do erro, melhorando os padrões de qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

No âmbito da qualidade, verifiquei que a sobrelotação dos espaços é um fator determinante para a diminuição da qualidade e segurança dos cuidados, aumenta a

possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos e contribui para o aumento da taxa de infecções cruzadas, pelo incumprimento da distância mínima entre as camas dos doentes.

No SMI, a metodologia usada é igualmente o ISBAR, mas implica dois momentos de transmissão de informação. O primeiro momento, o enfermeiro apresenta uma síntese, “um briefing”, onde refere os aspetos gerais para toda a equipa; num segundo momento, o enfermeiro responsável do doente, relata somente ao enfermeiro que o vai substituir o estado do doente no turno. O enfermeiro responsável do doente estabelece prioridades, define objetivos e avalia os resultados obtidos, tendo ou não necessidade de melhorar estratégias, em conformidade com o médico responsável pelo doente, sobretudo no que se refere às intervenções interdependentes.

Com este tipo de metodologia a transmissão de informação relevante é garantida, proporcionando uma comunicação eficaz entre a equipa e aumentando a segurança nos cuidados.

Outro foco pertinente na prestação de cuidados com segurança são os erros relacionados com a medicação.

Foi importante verificar que o EEMC coordena e gere a prestação de cuidados à PSC, exercendo uma supervisão na preparação de terapêutica, o que permite detetar eventuais erros prevenindo incidentes.

No SU, nomeadamente na SE, o ritmo intenso de trabalho torna os profissionais suscetíveis às falhas excessivas durante a execução das suas tarefas. A SE é um local suscetível ao erro na medida em que a pessoa doente entra num estado crítico e a prioridade será a estabilização e preservação da vida do doente, proporcionando os melhores cuidados de forma eficaz e eficiente.

No SMI iniciei o meu estágio com algum receio no que diz respeito à prestação de cuidados à PSC no âmbito de cuidados intensivos, visto ser uma experiência nova no meu percurso profissional. Os cuidados intensivos requerem grande capacidade de conhecimentos e destreza na prestação dos cuidados e os meus maiores receios era falhar como enfermeira perante um doente tão crítico como este. Existia várias medicações com as quais nunca tinha contacto e isso foi possível refletir junto dos tutores e com pesquisa bibliográfica.

Dentro das pesquisas realizadas, gostaria de referenciar a implementação de uma ferramenta que facilita ao profissional diminuir o erro na preparação e administração de

medicação sendo designada dos “10 certos de enfermagem” (1 – Paciente certo, 2 – Medicamento certo, 3 – Dose certa, 4 – Via certa, 5 – Hora certa 6 – Tempo certo, 7 – Validade certa, 8 – Abordagem certa, 9 – Previsão certa, 10 – Registro certo) (Silva & Santana, 2018, p.151). Esta ferramenta garante uma maior segurança para a PSC uma vez que reduz substancialmente as hipóteses de erro ao longo do processo de preparação e administração de medicação.

A administração de medicação é uma das intervenções interdependentes de enfermagem, uma vez que é uma função iniciada por outro profissional, o médico, que prescreve a medicação, sendo os enfermeiros os últimos profissionais a intervirem em todo este processo. O enfermeiro enquanto membro da equipa multidisciplinar deve estar atento a todas as prescrições médicas e atuar de acordo com o seu conhecimento e competências.

Muitos podem ser os fatores desencadeantes de erros, como o stress, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, entre outros, e para que haja uma diminuição do erro é necessário a implementação de estratégias. Ao longo dos estágios consegui adotar práticas seguras para minimizar o erro, nomeadamente na identificação segura da medicação e diluições dos fármacos. É da competência do EE garantir um ambiente terapêutico e seguro de forma a minimizar a ocorrência dos erros.

No SMI ainda tive oportunidade de verificar e participar na atuação da equipa de emergência intra-hospitalar (EEIH), que fica ao cuidado do SMI e é composta por um Médico Intensivista e um Enfermeiro, preferencialmente um EE. Tive oportunidade de participar e adquirir competências na forma de atuação no processo de ativação da equipa de emergência, tendo verificado a importância da abordagem ABCDE de forma rápida e eficaz. Saliento a importância do EE na coordenação da equipa do serviço onde ocorre a situação crítica, delegando intervenções que visem a estabilidade do doente, como a preparação de fármacos de emergência, ou a execução de outros procedimentos que visem a estabilização da vítima.

Nestes estágios, tive a oportunidade de participar e adquirir competências como enfermeiro EEMC, no modo como devemos atuar em todo o processo. Cabe ao EEMC coordenar a equipa do serviço onde decorreu a situação crítica, preparar ou delegar intervenções relacionadas com a estabilidade do doente, como a preparação dos fármacos de emergência e atuar nos cuidados técnicos e diferenciais de avaliação e intervenção perante a PSC. Isto também faz com que o EEMC assuma o dever de detetar

práticas que necessitem de melhoria e planejar estratégias para combater lacunas das equipas, através de planos de formação contínua das equipas hospitalares.

De forma a atingir este domínio e conforme é preconizado para a especialidade do EE, aprofundei conhecimentos desenvolvendo competências como: participar na prestação de cuidados à PSC tendo em conta os critérios de qualidade e segurança preconizados no serviço, estabelecendo uma comunicação terapêutica com a pessoa doente, familiar e equipa multidisciplinar e gerindo situações de risco, atuando de forma eficaz e com conhecimento científico.

4.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

A necessidade de cuidados de saúde cada vez mais complexos e de cuidados diários diretamente associados à qualidade de vida e bem-estar físico e mental, exigem uma gestão que assegure uma prestação de cuidados segura, adequada, atempada, científica e tecnicamente correta e em articulação com diferentes níveis de cuidados atentas às necessidades de saúde em causa, atribuição esta da competência dos enfermeiros (OE, 2021). O EE assume um papel fulcral na gestão dos cuidados, aperfeiçoando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde às necessidades dos doentes, salvaguardando “a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2019).

O EE detém de um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão (OE, 2015).

Para este domínio delineei o seguinte objetivo: *Compreender a metodologia adotada na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem.*

Segundo o regulamento nº 140/2019, o EE, dentro da gestão dos cuidados, tem o papel de adaptar a liderança e a gestão de recursos face às situações e ao contexto, visando sempre garantir a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, o enfermeiro tem de

ter a capacidade de analisar as necessidades do serviço com o objetivo de adaptar a sua liderança e os recursos em função das necessidades do serviço.

No SU, em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador, que na maioria das vezes tende a ser um enfermeiro especialista. Para além deste papel de coordenação com o chefe de equipa, tem uma função importante na gestão dos cuidados assegurados pela equipa de enfermagem.

O enfermeiro coordenador tem de ter a capacidade de analisar as necessidades do serviço com o objetivo de adaptar a sua liderança e os recursos em função das necessidades do serviço. Durante este estágio, tive a oportunidade de realizar turnos na coordenação e verifiquei que o enfermeiro coordenador assume funções na área de gestão e liderança, sendo responsável não só pela gestão de stock farmacêutico e de material de consumo clínico e alimentação, mas também a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, pelo que tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências nesta área.

O EE neste SU é o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar. É dotado de espírito de equipa e tem um vasto conhecimento baseado na evidência científica e experiência profissional, que lhe permite mais autonomia, maior segurança na execução dos cuidados e resolução de situações adversas de forma eficaz.

No estágio do SMI, a equipa é composta por Enfermeiro Chefe, Enfermeiro de referência, Enfermeiro responsável do turno e os Enfermeiros que estão na prestação dos cuidados, existindo bastantes enfermeiros especialistas neste serviço. Cabe ao Enfermeiro chefe gerir os recursos humanos e materiais e os cuidados prestados pela sua equipa, de forma a avaliar o seu desempenho e detetar possíveis melhorias no serviço. O enfermeiro de referência possui titulação de EEMC e assume o papel de supervisão dos cuidados. Também, em cada turno, há um responsável de turno, que tem que ser detentor de título de EE e tem como função a solução de possíveis problemas organizacionais e técnicos, tais como, realiza as auditorias ao material, realiza a distribuição dos enfermeiros no plano de cuidados para o turno seguinte, é responsável pela contagem de estupefacientes, pela verificação das datas dos fármacos, pela reposição de material e testar a operacionalidade dos carros de emergência. Também são efetuadas auditorias diárias de controlo de infeção, que fica a cargo do enfermeiro escalado no plano.

No SMI, juntamente com os meus tutores, colaborei na liderança da equipa, nomeadamente, na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, na motivação/satisfação

dos profissionais e na valorização dos cuidados de qualidade.

Em ambos os contextos de estágio, foi possível compreender as dinâmicas de cada serviço, protocolos e normas vinculadas, o que me permitiu o desenvolvimento de competências importantes para uma boa coordenação do trabalho em equipa.

Em ambos os contextos de estágio, demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de gestão em EEMC; colaborei para a segurança na prestação dos cuidados, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática diária; demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e participei na construção da tomada de decisão em equipa. Uma boa gestão contribui para um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

4.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo a artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Lei 156/2015), o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e a “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Desta forma e procurando uma necessidade constante de atualizações para uma prática baseada na qualidade e segurança, delineei o seguinte objetivo: *Aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções características do SU e do SMI.* Ao longo dos estágios, observei e refleti sobre a necessidade do EE ter que adquirir a capacidade de aplicar conhecimentos de forma contínua para conseguir responder às múltiplas situações clínicas que pode encontrar na PSC.

No sentido de desenvolver a minha prática relativamente à PSC, comecei por interiorizar as normas de atuação preconizadas pelos serviços, por observar a atuação dos outros Enfermeiros, em especial a dos meus Tutores, pesquisar bibliografia científica recente e dialogar com os elementos da equipa acerca da prestação de cuidados ao doente crítico, com vista a aperfeiçoar os aspetos em que sentia mais dificuldades.

No SU, o processo de aprendizagem foi mais facilitador devido à minha experiência neste contexto, no entanto procurei aprofundar os meus conhecimentos e

aprender ao máximo com os colegas de forma a adquirir competências específicas.

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em todas as áreas do SU, sendo que a sala de emergência foi o setor que me cativou mais, devido à sua dinâmica e incerteza da pessoa doente e pela nossa atuação ter que ser rápida e eficaz em colaboração com a equipa multidisciplinar. Os enfermeiros que fazem SE são EE e detêm de capacidades específicas em emergência, nomeadamente detentoras de SAV e SAV trauma, de forma a atuarem de forma coordenada e sincronizada. Uma forma de atuação que permite ao enfermeiro avaliar a vítima de forma sequencial e metodológica, o mais rápido possível, é a utilização da metodologia ABCDE. Esta metodologia embora conhecida anteriormente, neste contexto ajudou-me a refletir e focalizar as prioridades na abordagem da PSC e desta forma atuar de forma rápida e eficaz, tendo em conta a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa doente.

Durante este estágio senti necessidade de aprofundar a temática dos inaladores pressurizados e de pó seco e partilha-la com a equipa de enfermagem de forma a melhorar a execução dessa técnica para com a pessoa doente e familiares, uma vez que senti essa falha na execução correta da técnica tanto pela equipa de enfermagem como pelos doentes. A falta de conhecimento da pessoa doente levou-me à execução de um panfleto com a explicação da técnica inalatória para a pessoa doente e familiar (Apêndice I). Por vezes a afluência no SU leva ao profissional a falta de tempo para a explicação correta desta técnica, e, por isso, considero que foi uma mais valia para o serviço e para a pessoa doente e seus familiares, de forma a melhorarem o seu conhecimento.

No SMI, para além da organização do serviço e da competência e excelência da equipa de enfermagem, o que mais destaque é o facto na evidência da humanização e dedicação na relação humana dos enfermeiros para com a pessoa doente. Quando iniciei o meu estágio neste contexto senti que, pela complexidade do doente, que não era capaz de prestar cuidados à PSC em unidade de cuidados intensivos. Contudo, ao longo do tempo fui contrariando a imagem tecnicista criada à volta do doente crítico, e isto deve-se à ajuda dos meus tutores. O que mais evidencio é a relação humana, o toque terapêutico e a manutenção do diálogo com o doente sedado e analgesiado, bem como, no cuidado com a família.

Devido a uma situação que me marcou pessoalmente, senti motivação para melhorar as minhas competências comunicacionais com a pessoa doente e familiares.

A situação em particular trata-se de um doente na faixa etária dos 50 anos que já estava internado há vários dias e o seu estado foi-se agravando devido à Pneumonia e Infecção respiratória diagnosticadas. Como tinha vários antecedentes patológicos, a equipa médica tomou a decisão de não investir na sua recuperação. Posto isto, foi necessário comunicar a má notícia aos familiares.

A má notícia está associada a um forte impacto psicológico, pois quem recebe uma má notícia dificilmente esquece esse momento e, por isso, a escuta e a disponibilidade são elementos cruciais para a comunicação, no sentido de criar um ambiente de confiança de forma a adaptar a família às emoções. A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados, e comigo não foi exceção. Com esta experiência adquiri competências comunicacionais que me ajudaram ao longo deste percurso. Para isso tive necessidade de pesquisar estratégias de comunicação de más notícias. Foi usada o protocolo SPIKES para a transmissão de más notícias (S – Setting up: Preparando-se para o encontro; P – Perception: Percebendo o paciente; I – Invitation: Convidando para o diálogo; K – Knowledge: Transmitindo as informações; E – Emotions: Expressando emoções; S – Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias). Este protocolo tem como objetivo a preparação do doente e família para receber a má notícia e organizar este momento, ajudando os profissionais e a pessoa doente/família a manter uma comunicação clara e aberta (CRUZL, Carolina de Oliveira e RIERALL, Rachel, 2016).

Uma das tarefas que também mereceu a minha atenção foi a preparação e a administração de terapêutica. Para colmatar esta falta de conhecimento recorri a pesquisa bibliográfica sobre os fármacos utilizados, as suas indicações, incompatibilidades, modos de preparação e administração.

No SMI tive oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a terapias contínuas de substituição renal, permitindo-me desta forma a adquirir conhecimentos acerca da fisiopatologia do rim, as indicações para iniciar técnicas de substituição renal, as várias modalidades de técnicas que o monitor permite realizar. Ao longo dos turnos tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes que realizaram esta técnica, coma ajuda dos meus tutores, o que me permitiu proceder à montagem do sistema, realizar a sua manutenção, a colocar em prática o protocolo com citrato e cálcio na hemodiálise para ajuste dos valores de citrato e de cálcio obtidos nas gasimetrias

realizadas ao doente.

Para além desta técnica, a colheita de gasimetria é de extrema importância uma vez que nos pode indicar sinais de falência orgânica, pelo que é essencial que os enfermeiros saibam interpretar os valores e atuar conforme os resultados. As gasimetrias são fundamentais para o diagnóstico, para a deteção de complicações da PSC, para direcionar os focos de vigilância, para planear intervenções que previnam ou respondam a possíveis complicações. Com pesquisa bibliográfica e ajuda dos meus tutores também adquiri esse conhecimento de forma a detetar possíveis problemas e refletir sobre a forma como trata-los.

Em cuidados intensivos, muitos dos doentes encontram-se sedados e com necessidade de suporte de ventilação mecânica invasiva (VMI). Este suporte ventilatório tem como principal objetivo manter as trocas gasosas, diminuir o trabalho da musculatura respiratória, reverter ou diminuir a fadiga e diminuir o desconforto respiratório.

Durante a prestação de cuidados ao doente sedado surgiu a questão da utilização da clorhexidina relativamente à higiene oral no doente submetido a VMI. Perante esta reflexão decidi realizar uma apresentação à equipa de enfermagem acerca do Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (PAI) de 2015, que foi atualizado em 2022, segundo a ordem dos enfermeiros. O plano de sessão dessa apresentação encontra-se no apêndice II e a apresentação no apêndice III.

Destes trabalhos surgiu o interesse em realizar uma revisão da literatura sobre as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada ao Ventilador, de forma a haver melhoria na prestação e segurança de cuidados especializados ao doente entubado (apêndice IV).

O estágio no SMI permitiu-me a aquisição de aprendizagens e competências através das atividades realizadas: monitorização da PSC, na implementação dos protocolos de controlo de infeção, com a monitorização não invasiva e invasiva, preparação dos fármacos de emergência e sedativos, no manuseamento do tubo traqueal, na aspiração de secreções a doentes ventilados, nas técnicas de substituição renal, na implementação prática de protocolos de sedação, analgesia e abordagem do delirium, no desmame ventilatório e cuidados inerentes, nos tipos e modos ventilatórios, entre outros.

Relativamente a este domínio procurei atuar sempre em conformidade com os

conhecimentos apreendidos e aprofundados na minha área de especialização. Procurei contribuir para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência científica.

5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2018), “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas devida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Segundo o artigo 135º do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, as competências específicas do enfermeiro especialista são as seguintes:

- **Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;**

O EEEMC responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

O EE tem que ter a capacidade de identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento nº 429/2018).

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica, o enfermeiro especialista adquire conhecimentos e competências de forma a responder às situações de forma holística.

Ao longo dos estágios procurei adquirir capacidade para cuidar da pessoa em

situação e família de forma holística, tendo em conta o bem-estar e segurança da pessoa doente. A minha atuação foi de encontro à procura das necessidades da pessoa doente e atura de acordo com a patologia.

Enquanto futura EE tive a necessidade de realizar uma pesquisa baseada na mais recente evidência científica de forma a ser capaz de identificar focos de instabilidade na pessoa em situação crítica com o intuito de dar resposta rápida e eficaz revertendo as falências existentes.

- **Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;**

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Uma situação de emergência deve ser realizada de forma imediata e com profissionais qualificados e com competências específicas.

O estágio em que tive maior contacto com situações de emergência foi no SU, em que tive contacto com a SE e, portanto, com situações de emergência. Neste serviço adquiri competências técnicas e relacionais na abordagem ao doente crítico, identificando problemas de maior complexidade e agindo de forma eficaz. Um enfermeiro de emergência tem um vasto conhecimento baseado na evidência científica e experiência profissional, que lhe permite maior segurança na execução dos cuidados. Com esta experiência consegui dinamizar a resposta a situações de emergência de forma rápida, segura e eficaz.

Este estágio ajudou-me a consolidar os meus conhecimentos em serviço de urgência, uma vez que tenho experiência nessa área, e foi uma mais valia para a aquisição de novas competências relacionadas com o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área do doente crítico.

Os SU e o SMI estão organizados e preparados de forma a que possa ocorrer uma catástrofe. Um exemplo simples foi a pandemia Coronavirus 19 (Covid 19), que embora já tenha estagiado numa fase bastante mais calma, os serviços estavam preparados para futuras necessidades e os profissionais estavam integrados nessas condições. Ao longo deste estágio foi notória a falta de recursos humanos e físicos para

as necessidades existentes, e enquanto futura enfermeira especialista observei o papel fundamental que o enfermeiro especialista tem no turno no sentido de ter capacidade de dar resposta a estas falhas e planear intervenções para as solucionar, tendo em conta o bem-estar e segurança da pessoa doente e prestando cuidados eficazes e de qualidade.

- **Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

As infeções associadas aos cuidados de saúde podem agravar o diagnóstico e prolongar o internamento da pessoa doente. Hoje em dia, o controlo de infeção tornou-se um foco essencial na prestação de cuidados de qualidade e com segurança.

Ao longo do estágio verifiquei que as equipas, tanto do SU como do SMI, apresentavam grande preocupação com o controlo de infeção e tentavam ao máximo implementar mecanismos que visavam realizar este tipo de controlo.

Foi no âmbito do controlo das infeções que realizei uma revisão integrativa da literatura, que consiste no estudo das estratégias usadas para o controlo da pneumonia em doentes submetidos a ventilação invasiva.

Deste modo, promovi estratégias que prevenissem a transmissão de infeção cruzada e permitissem uma prática segura, através da realização da higienização das mãos, na utilização de equipamento de proteção individual de acordo com o diagnóstico, durante a realização de procedimentos invasivos, na realização da etiquetarespiratória recorrendo à aspiração de secreções com técnica asséptica no doente em ventilação mecânica invasiva, na aplicação de práticas seguras durante a preparação e administração de injetáveis.

É necessário acionar um conjunto de intervenções preventivas, de modo a diminuir os riscos e o aparecimento de uma PAI, referindo ainda, como medidas preventivas, a higienização das mãos para evitar a infeção cruzada, a colonização do trato aero-digestivo e a aspiração de secreções contaminadas pelo doente para a via aérea inferior. Assim, a realização do procedimento de aspiração de secreções com técnica asséptica, no SMI, era realizada aos doentes ventilados mecanicamente, por intubação orotraqueal ou traqueostomia, com vista a melhorar a ventilação-oxigenação dos alvéolos, as trocas gasosas e prevenir a PAI. Neste seguimento, foi emitida pela

DGS, a Norma n.º 021/2015, que foi atualizada em 2017, onde consta que a “pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em doente que foi extubado há menos de 48 horas”. De acordo com esta norma, existe atualmente um algoritmo clínico, o qual, contempla um “feixe de intervenções”, que ao serem aplicadas permitem a prevenção da PAI. Deste modo, após consulta dos programas instituídos para o controlo da infeção, como medidas de prevenção da PAI, apliquei medidas preventivas neste âmbito, segundo a Norma n.º 021/2015, emitida pela DGS e que constam no “feixe de intervenções”, tais como: a elevação da cabeceira do leito igual ou superior a 30º, se a situação clínica do doente o permitisse, evitando momentos de posição supina, diminuindo o risco de aspiração; a realização de cuidados de higiene oral, pelo menos três vezes por dia; e aspiração da orofaringe antes de cada mobilização no leito e avaliação da pressão do cuff, mantendo-a entre 20 – 30 cmH₂O. Estas medidas de controlo das secreções orais, evitam desta forma a passagem de bactérias e a migração de secreções para os brônquios. Realizei também outras intervenções para a prevenção da PAI, que consistiram em averiguar diariamente o estado de sedação do doente, avaliando, revendo e titulando o seu nível para o mínimo adequado ao tratamento do doente; verificar a adaptação do doente ao padrão ventilatório, avaliando a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; e manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os somente quando se apresentavam disfuncionantes ou sujos.

A prevenção da infeção associada à prestação de cuidados de saúde deve ser um foco de atenção na gestão de cuidados, e por isso, torna-se fundamental que o EE contribua e promova boas práticas que visem a prevenção e controlo das IACS, pelo desenvolvimento de conhecimentos e implementação de estratégias em cada contexto específico, gestão de cuidados, liderança e capacitação de equipas nesta área, visto que, estas se refletem num ambiente terapêutico seguro e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Ao longo da minha intervenção nos diferentes estágios, considereei as precauções padrão para a prevenção e controlo das IACS à PSC, com o objetivo de promover a segurança dos cuidados e uma maior qualidade dos mesmos ao minimizar possíveis riscos de infeção para os doentes nestes contextos.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório final permitiu-me refletir e analisar o meu percurso ao longo destes estágios na aquisição de competências enquanto futura EEMC na área da PSC.

Esta unidade curricular “Estágio Final e Relatório” sucedeu à unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”, e, por isso, as competências que adquiri ao longo deste percurso passou por uma aprendizagem contínua, na medida em que todos os estágios contribuíram para o aumento do meu conhecimento e me proporcionaram experiências novas, ajudando-me na análise crítico-reflexiva das intervenções transportando-as para a prática clínica.

Os estágios são momentos de reflexão da prática e permitem desenvolver um conjunto de competências que integram o saber-saber, saber-fazer e saber-ser, apoiados na evidência científica.

Ao longo deste relatório não só referi a experiência dos dois últimos estágios, mas também achei pertinente abordar a experiência do estágio da primeira unidade curricular, uma vez que foi bastante importante para a aquisição de conhecimentos, competências e ferramentas para os estágios seguintes sendo uma mais valia para o meu desenvolvimento enquanto futura EE.

A aquisição e o desenvolvimento de competências direcionadas para o estágio do pré-hospitalar permitiram-me aprimorar a execução de cuidados de uma forma metódica e rápida e desenvolver o raciocínio crítico para a prática de cuidados com qualidade e de forma segura.

No que diz respeito aos estágios realizados em SU e SMI, foram um grande contributo para a aquisição de novos conhecimentos e competências na área da PSC. Ambos os estágios me trouxeram desafios que os superei recorrendo a pesquisas, estudo e dedicação.

O SU e o SMI são serviços com uma tipologia de doentes mais complexos e mais críticos e dotados de equipamentos de alta complexidade que, muitos deles, nunca tinha

contacto. Essa descoberta gerou em mim alguma ansiedade, que ao longo do tempo se foi dissipando, na medida em que fui obtendo autoconhecimento e autoconfiança para desenvolver competências direcionadas para a PSC.

Adotei sempre uma postura humanizadora, orientada por uma matriz de responsabilidade ética, social e deontológica, baseada em conhecimento científico e num espírito de reflexão crítica e atitude proativa de autoformação constante.

A segurança e qualidade dos cuidados à PSC sempre foram uma premissa nas minhas intervenções, procurando sempre uma comunicação terapêutica e eficaz com a pessoa doente, família e equipa multidisciplinar, promovendo o conforto e bem-estar da pessoa doente. No que diz respeito às tomadas de decisão, respeitei sempre a dignidade da pessoa doente, agindo de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão.

No domínio da gestão, o EE tem um papel fundamental na organização do serviço e dos recursos humanos, assegurando a qualidade do exercício profissional. Uma boa gestão contribui para um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. Estes estágios permitiram-se perceber que o EEMC na área da PSC é aquele que é capaz de dar resposta às situações mais complexas em tempo útil e de forma rápida e eficaz.

No domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Desenvolvidas, estes contextos de estágio permitira-me a aquisição de muitas aprendizagens. Segundo a OE (2019), o EE favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências. O EE tem um papel essencial no desenvolvimento da disciplina de enfermagem e na transmissão de novos conhecimentos. Deste modo, ao longo dos estágios refleti sobre as necessidades formativas dos serviços de forma a promover uma melhoria dos cuidados de enfermagem. No SU realizei um panfleto formativo sobre a técnica inalatória para a pessoa doente e familiares. No SMI, o meu contributo formativo foi a elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada ao Ventilador e apresentação à equipa de enfermagem da atualização do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

A elaboração do presente relatório demonstrou ser exigente, uma vez que esteve implícita uma reflexão aprofundada e suportada em evidência científica. Foi elaborado com alguma dificuldade, nomeadamente na gestão do tempo e cansaço físico e psicológico tendo em conta a conciliação do local de trabalho habitual.

Desta forma, considero que os objetivos pospostos para este relatório de mestrado e durante este ciclo de aprendizagem foram todos alcançados, emergindo de uma premissa de responsabilidade, empenho e dedicação. Aspiro no futuro que a aprendizagem seja uma contante ao longo do meu percurso profissional e que esta consolide a humanização dos cuidados. Tornou-se difícil a análise de todas as experiências que vivenciei, no entanto, todas elas me fizeram refletir de modo a melhorara minha prática diária, contribuindo todas elas para a melhoria da prestação de cuidados. Este percurso foi bastante enriquecedor para mim, tendo conseguido adquirir ferramentas para uma prestação de cuidados especializados tendo como base a melhor evidência científica e respeitando os princípios éticos e deontológicos, com vista a qualidade e segurança contínua nos cuidados.

Termino, afirmando que tenho consciência do caminho que quero seguir e tudo farei por ter uma adequada intervenção especializada à PSC apostando na formação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAIRES, Nuno Caires; CORREIA, João Paulo e LOHMANN, Corinna (2021). “Iniciar ou não a ventilação mecânica invasiva-uma aplicação dos quatro princípios éticos”. Cadernos de Saúde, 13 (2), 56-61.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.10299>.
2. CÓDIGO DEONTOLÓGICOS DOS ENFERMEIROS, 2005. Ordem dos Enfermeiros.
[codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf\(ordemenfermeiros.pt\)](http://codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf(ordemenfermeiros.pt)).
3. CRUZL, Carolina de Oliveira e RIERALL, Rachel (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Consultado a janeiro de 2023. [rdt_v21n3_106-108.pdf\(bvsalud.org\)](http://rdt_v21n3_106-108.pdf(bvsalud.org)).
4. Decreto – Lei nº 34/2012, de 14 de fevereiro. Diário da República nº32, Série 1, Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro | DRE.
5. Despacho nº 9390/2021. Diário da República. Série II, nº 187 de 24 de setembro de 2021. (2021). Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf (min- saude.pt).
6. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. www.dgs.pt.
7. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [DGS] (2017) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Consultado dezembro de 2022. Disponível em: [DGS_PCIRA_V8.pdf\(sns.gov.pt\)](http://DGS_PCIRA_V8.pdf(sns.gov.pt)).
8. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2017). Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Consultado a janeiro de 2023. Disponível em: [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf\(min-saude.pt\)](http://comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf(min-saude.pt)).
9. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (021/2015). “Feixe de Intervenções” de

Prevenção da pneumonia associada à intubação” 17 de novembro de 2022. Consultado a dezembro de 2022. Disponível em: Norma 2 (novo design)_SPMS_V2 (dgs.pt).

10. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida (2ªed.). Lisboa: INEM.
11. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2019). Manual de abordagem à vítima. Manual-TAS-TAT-Abordagem-à-vítima.pdf (inem.pt).
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE-Plano Nacional para a Segurança dos Doentes2021-2026.
13. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
14. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). TOMADA DE POSIÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO CLIENTE. Microsoft Word -TomadaPosio_segurancadoente.doc (ordemenfermeiros.pt).
15. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>.
16. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri—Operatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. 25 de novembro de 2017. Consultado a novembro de 2022. ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt).
17. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri—Operatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República n.º135/2018, 2.ª série – N.º135. Microsoft Word - RNEHR Medicina Intensiva - Aprovada 10 agosto 2017 (sns.gov.pt).
18. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista. Diário da República n.º 26/2019, 2.ª série – N.º 26. Consultado em dezembro de 2022. 0474404750.pdf (ordemenfermeiros.pt).

19. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2021). Tomada de posição: Gestão de cuidados de Enfermagem. tomada-de-posição-da-oe_gestão-de-cuidados-de-enfermagem-em- unidades-da-rncci-e-erpi.pdf (ordemenfermeiros.pt).
20. PHANEUF, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (Portuguesa ed.). Loures: Lusodidacta.
21. REGULAMENTO n.º 140 Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019). (2019).
22. SILVA, Marcelo e SANTANA, Jefferson (2018). Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de saúde. Arquivos Catarinenses de Medicina, p.146-154.
23. TEIXEIRA, S. (2010). Gestão das organizações (2ªed.). Lisboa, Portugal: Verlag Dashöfer
24. WATSON, Jean – Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

8. APÊNDICES

APÊNDICE I – “Técnicas Inalatórias”

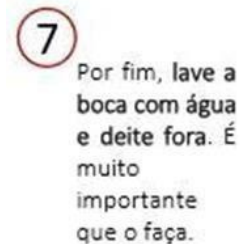
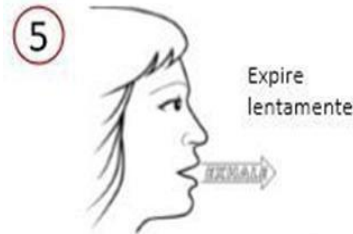
O QUE SÃO INALADORES?

Os inaladores são dispositivos através dos quais é possível administrar medicação pela via respiratória até aos brônquios para que tenham uma ação broncodilatadora e que facilite a respiração. São muito úteis em doenças como a Asma e a Doença pulmonar obstrutiva crónica.

INALADORES PRESSURIZADOS (com ou sem câmara expansora)



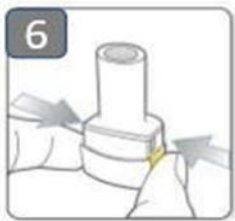
NOTA: Necessário agitar antes de usar.



INALADORES DE PÓ SECO

- INALADORES DE PÓ SECO COM CÁPSULA

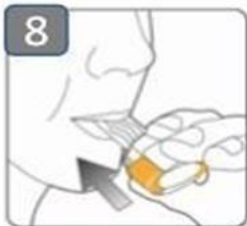




Com o inalador na vertical e bucal para cima, pressione simultaneamente os botões laterais apenas **UMA** vez



Expire com vigor, longe do inalador



Coloque o inalador entre os lábios. **NÃO APERTE OS BOTÕES LATERAIS.** Inspire rápida e profundamente. Retire o inalador da boca. Não respire durante 10 segundos.

Nota: durante a inalação vai ouvir um zumbido, é a cápsula a girar no interior do inalador



Expire lentamente. Por fim, **lave a boca com água e deite fora.** É muito importante que o faça.

• “DISKUS” (SEM CÁPSULA)



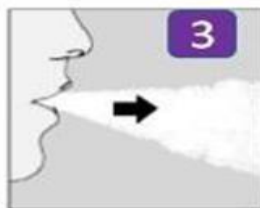
NOTA: Não é necessário agitar antes de usar.



Rode a tampa para abrir o inalador



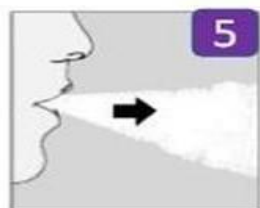
Rode a alavanca até ouvir um clique. O inalador está pronto a ser usado.



Expire com vigor, longe do inalador



Coloque o inalador entre os lábios. Inspire rápida e profundamente. Retire o inalador da boca. Não respire durante 10 segundos.



Expire lentamente



Feche o dispositivo até ouvir um clique

7 Por fim, lave a boca com água e deite fora. É muito importante que o faça.

TÉCNICAS INALATÓRIAS



QUE TIPO DE INALADOR UTILIZA?

1- Inaladores pressurizados doseáveis

2- Inaladores de pó seco

Elaborado por: Sara Teixeira (aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Sob orientação tutorial: Mestre Nuno Peixoto

Referência Bibliográfica: Cordeiro, Maria Carmo Oliveira; *Terapêutica Inalatória – Princípios, Técnica de inalação e Dispositivos Inalatórios*; Lusodidacta.

APÊNDICE II – “Plano de Sessão: Feixes de Intervenção para a Prevenção da
Pneumonia Associada à Intubação”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

PLANO DE SESSÃO

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

Tema da sessão	“Feixe de Intervenções” para a prevenção de Pneumonia associada à Intubação - Atualização
Duração	30 minutos
Data da sessão/ Hora	15 de Dezembro de 2022 / 09H00
Local	Hospital do Norte do País
Formadora	Sara Daniela Teixeira da Mota
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital do Norte do País

Sara Teixeira

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO DA SESSÃO	TEMPO (MINUTOS)
INTRODUÇÃO	- Introdução ao tema; - Apresentação dos conteúdos; - Apresentação da formadora e do tema.	Expositivo Participativa Interrogativo Demonstrativo	- Computador; - Projetor	- Avaliação através de discussão e partilha de informações sobre a temática abordada	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Apresentação da norma clínica; - Identificar a atualização da norma; - Definição de “PAI”; - Objetivo da norma “PAI”; - Conhecer a atualização da norma “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Pneumonia associada à intubação.				15 minutos
CONCLUSÃO	- Conclusão do tema; - Abertura à discussão sobre a temática.				10 minutos

Sara Teixeira

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APÊNDICE III – “Feixes de Intervenção para a Prevenção da Pneumonia
Associada à Intubação” Apresentação



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

PORTO

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

Norma clínica: 021/2015 de 16/12/2015.

Atualizada a 17/11/2022

Sara Daniela Teixeira da Mota
15 de Dezembro de 2022

Resumo

- Objetivos;
- Definição de pneumonia associada à intubação (PAI);
- Norma clínica 021/2015 atualizada;
- Conclusão



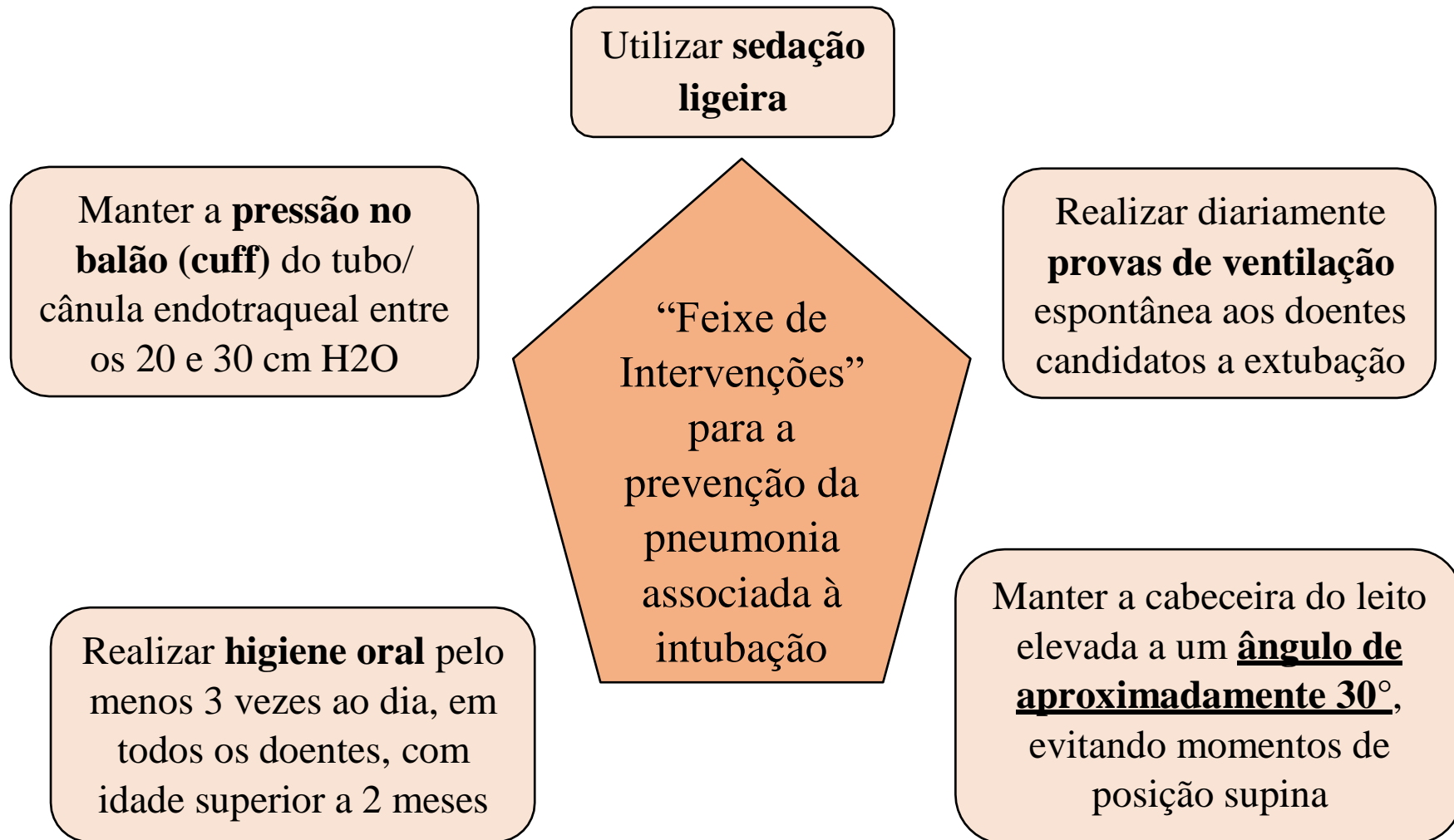
Objetivos

- Uniformizar a implementação de “feixe de intervenções” para a prevenção de pneumonia associada à intubação;
- Garantir a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica.

- Este feixe de intervenções insere-se no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) - 2021-2026.
- Segundo a DGS, o PNSD é constituído por 5 pilares:
 - Pilar 1: Cultura de Segurança
 - Pilar 2: Liderança e Governança
 - Pilar 3: Comunicação
 - Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
 - **Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros**

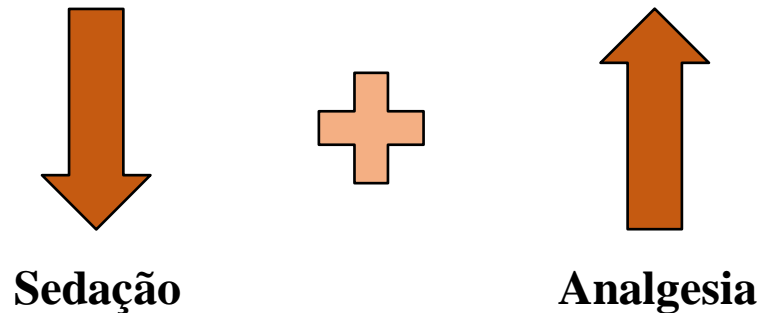
- A PAI pode manifestar-se no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/ descanulado há menos de 48 horas. (DGS, 2017)
- A PAI é a infeção mais frequente adquirida em serviços de medicina intensiva (SMI). (DGS, 2017)
 - ✓ Aumento da duração da ventilação mecânica invasiva;
 - ✓ Consumo de antibióticos;
 - ✓ Aumento do tempo de internamento no SMI e no hospital;
 - ✓ Maior morbimortalidade e custos associados.

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2022)



1. Sedação ligeira

- De preferência baseada na analgesia e titulada ao mínimo necessário para o tratamento.



- ✓ Redução do tempo total de VMI
- ✓ Diminuição global da incidência de pneumonia

2. Provas de ventilação

- Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida (PA) e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem VNI, e documentar em processo clínico. (DGS, 2022)

- ✓ Facilita o desmame ventilatório;
- ✓ Contribui para a diminuição da duração da VMI.



3. Cabeceira do leito elevada



- Manter a cabeceira do leito elevada a um **ângulo de aproximadamente 30°**, evitando momentos de posição supina e documentar em processo clínico, assim como a existência de contraindicações. (DGS, 2022)
 - ✓ Diminuição do risco de aspiração do conteúdo da cavidade oral.

4. Higiene oral

- Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam em UCI mais de 48 horas. (DGS, 2022)
- Estudos recentes questionam a utilização da Clorohexidina:
 - ✓ Desenvolvimento de resistências à clorohexidina associado ao aumento da utilização, com ocorrência de surtos de infeções;
 - ✓ Acréscimo da mortalidade em doentes submetidos a VMI (resultado da aspiração de pequenas quantidades de clorohexidina, com subsequente lesão pulmonar). (DGS, 2015)

- Como alternativa, considera-se o uso da **octenidina**, ou outras soluções colutórias autorizadas com a Nomenclatura Portuguesa de Dispositivos Médicos de Desinfetantes e Antissépticos. (DGS, 2022)



Octenidina

Composição:

- Água purificada, Hidroxiestearato de macroglicerol, Glicerina 85%, Aroma fresco de menta, Gluconato de Sódio, Sucarlose, Octenidina, Ácido Cítrico, Butilhidroxitolueno.

➤ **Recomendações:** 3 vezes por dia (15 - 20ml)



- As vantagens da substância ativa octenidina (octenidol):
 - Rápido início de ação (max. 2 min.) e efeito residual de 48 horas;
 - Amplo espectro antissético;
 - Muito boa tolerabilidade com a pele, mucosas e tecidos;
 - Potencial alergénico reduzido;
 - Sem efeitos sistémicos colaterais;
 - Segurança e eficácia comprovada em ensaios clínicos.

5. Pressão no balão (cuff)

➤ Manter a pressão no balão (cuff) do tubo/ cânula endotraqueal entre os 20 e 30 cm H₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24 horas. (DGS, 2022)

- ✓ Pressões excessivas podem causar lesões na traqueia;
- ✓ Um excesso de monitorização pode ser prejudicial, uma vez que a conexão – desconexão repetida está associada a perda acumulada de pressão no balão.



➤ **Verificação do conteúdo gástrico**

Pelo menos 3 vezes por dia.



➤ **Aspiração de secreções**

Manutenção da permeabilidade das vias aéreas, bem como otimizar a ventilação e a oxigenação.



Conclusão

- A discussão diária, a monitorização e partilha de conhecimentos e experiências fomenta a aprendizagem contínua, individual e coletiva, e promove uma cultura de segurança e excelência na prestação dos cuidados, aumentando a confiança entre os profissionais.

Referências Bibliográficas

- DGS (021/2015). “Feixe de Intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação” 2017. Consultado em 2 de Dezembro de 2022. [NÚMERO: \(min-saude.pt\)](#)
- DGS (021/2015). “Feixe de Intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação” 17 de Novembro de 2022. Consultado em 2 de Dezembro de 2022. [Norma 2 \(novo design\)_SPMS_V2 \(dgs.pt\)](#);
- DGS (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020*. Consultado em 2 de Dezembro de 2022. [PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#);
- [Ficha-de-Produto-Octiset.pdf \(schuelke.pt\)](#)

QUESTÕES



APÊNDICE IV – “Revisão Integrativa da Literatura: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada ao Ventilador”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR

Por

Sara Daniela Teixeira da Mota

Porto, janeiro 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR

Por

Sara Daniela Teixeira da Mota

Sob orientação de Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, janeiro 2023

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	17
5. CONCLUSÃO.....	21
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

No âmbito dos estágios efetuados no contexto da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, decidi realizar uma revisão integrativa da literatura.

Nos dias de hoje um dos principais focos da enfermagem prende-se em proporcionar um ambiente terapêutico num local complexo, como é o ambiente de Cuidados Intensivos.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assumem cada vez maior importância no mundo. Estas definem-se pela ocorrência de infeção em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

As IACS são infeções adquiridas em ambiente hospitalar, surgindo no decorrer do internamento ou poderão também surgir após a alta hospitalar. Aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DSG, 2017).

A ocorrência deste tipo de eventos, que colocam em risco a vida dos doentes, tem merecido uma atenção especial por parte dos enfermeiros nos últimos anos. Deste modo, é relevante a procura constante de informação atualizada e de conhecimentos científicos para o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem que assegurem o mínimo destes riscos para o doente.

A Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é uma infeção respiratória adquirida em ambiente hospitalar que se desenvolve como consequência da entubação traqueal e ventilação mecânica invasiva (Amaral et al, 2009).

A PAV é a infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento no SMI e no hospital e, conseqüentemente, pela maior morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022). É uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas (DGS, 2022).

No decorrer dos estágios, em contexto de urgência e cuidados intensivos, foram observados e analisados comportamentos, e verificou-se que a prevenção da PAV é ainda um tema de grande importância e que necessita de abordagem por parte dos profissionais de saúde, de forma a prevenir as infeções.

Por ainda haver alguma lacuna de conhecimento e por ser um tema de grande importância para a melhoria de cuidados e posterior segurança do doente, decidi pesquisar a nova atualização do Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015. Atualizada a 17/11/2022). Esta pesquisa foi realizada no contexto de estágio em cuidados intensivos, na medida em que me deparei com a necessidade de adquirir conhecimentos relativamente à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

Neste sentido, formulei a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada ao Ventilador?*

Este trabalho é dividido em três partes: uma introdução, onde se introduz o tema em estudo; o desenvolvimento onde faço uma abordagem à questão de investigação, pesquisa e análise de artigos, e por fim, a discussão e conclusão da questão de investigação.

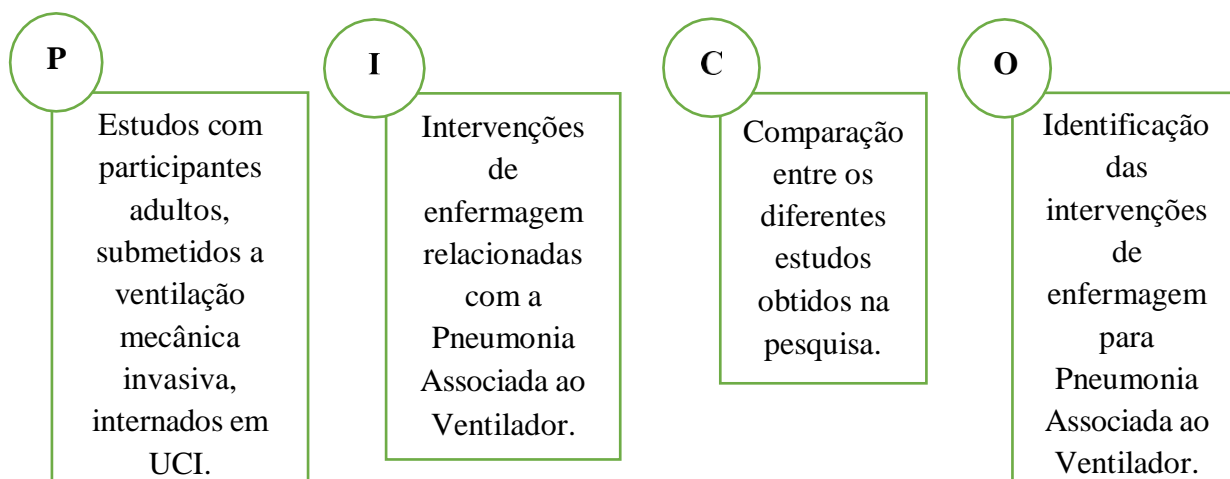
2. METODOLOGIA

A presente revisão integrativa da literatura tem como principal finalidade a exploração das principais intervenções de enfermagem que contribuem para a diminuição da PAV.

Este artigo foi elaborado com base na metodologia de uma revisão da literatura de forma sistematizada.

Deste modo, a questão de investigação a que se pretende dar resposta, no contexto deste estudo, foi formulada através do método designado de PICO, que será descrita na figura I.

Figura I – Critérios de inclusão segundo o método PICO



Portanto, a revisão desenvolveu-se com base na pergunta de investigação – “Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador?”.

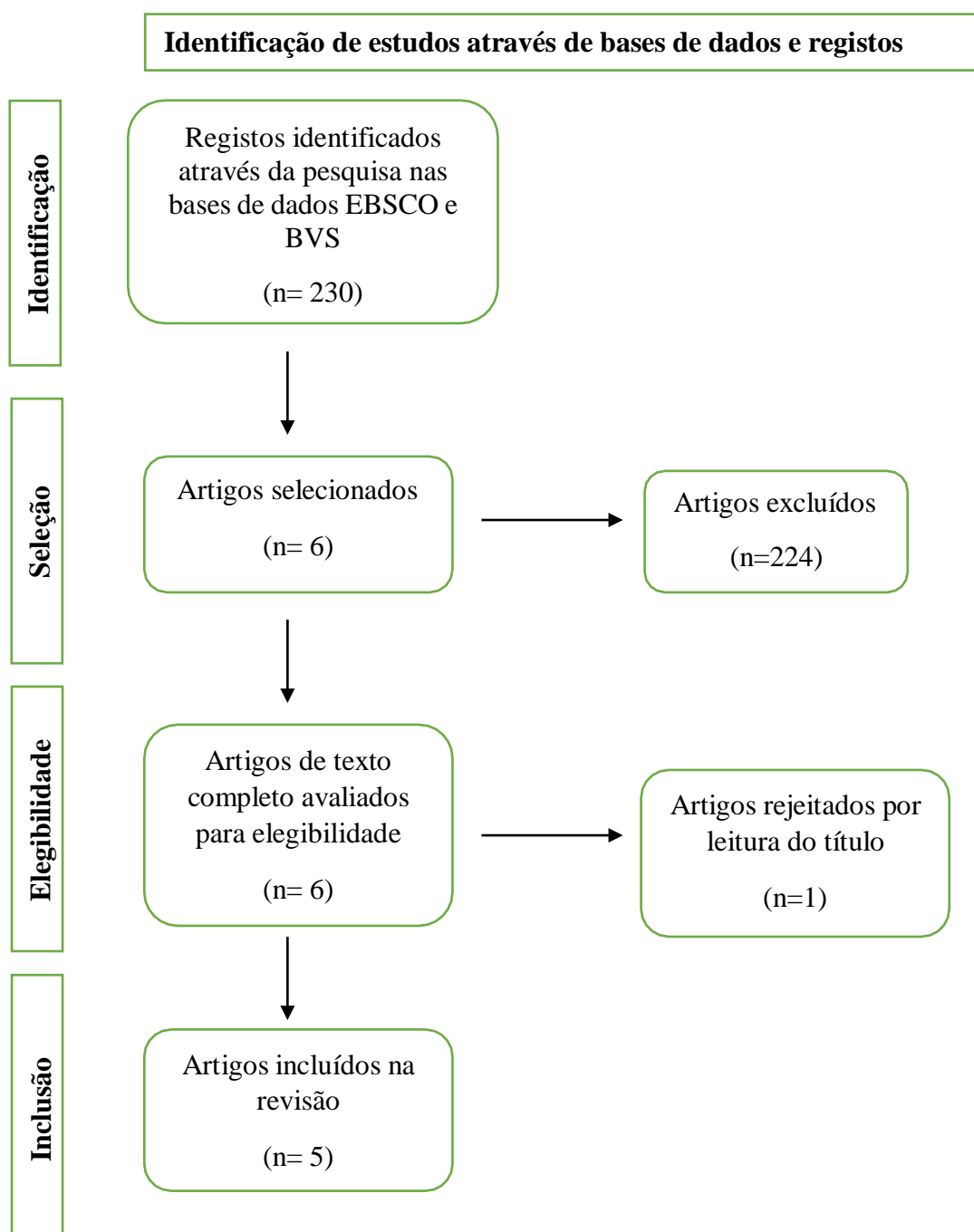
Para o processo de pesquisa recorreu-se às bases de dados electrónica: EBSCOhost e BVS. Foram utilizados os descritores associados: Pneumonia associada ao ventilador, intervenções de enfermagem e prevenção, com o operador booleano “and”.

Como critérios de inclusão foram seleccionados artigos em língua portuguesa, com artigos disponíveis em texto integral e publicados entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de

dezembro de 2021. Os critérios de exclusão foram, estudos que abordavam a pediatria e covid-19.

Na figura II é apresentado o diagrama PRISMA que expõe o processo de seleção dos artigos analisados no trabalho. Neste diagrama é possível constatar que numa primeira etapa foram registados e identificados 230 artigos após a pesquisa com as palavras chaves. A segunda etapa consistiu na aplicação dos critérios de inclusão, foram eliminados 224 artigos, ficando com 6 artigos. Por fim, foram analisados os artigos tendo em conta os objetivos de estudo e a questão de investigação, e por leitura do título foi rejeitado 1 artigo, ficando no total com 5 artigos.

Figura II – Diagrama de Prisma



3. RESULTADOS

A informação selecionada foi organizada numa tabela, que se encontra na figura III por ordem de publicação (do mais recente ao mais antigo) onde constam dados relativos aos autores, ano de publicação, tipo de estudo, participantes e amostra, objetivo geral e resultados gerais/conclusões presentes nos estudos.

No quadro resumo das evidências encontradas, confirmou-se que todos os estudos convergem para um objetivo comum, conhecer os critérios atribuídos às Intervenções de enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador.

Figura III – Análise de artigos selecionados

Número e título dos artigos científicos	Autor, Ano	Tipo de estudo instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo Geral	Resultados gerais/ Conclusões
Artigo I Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.	COSTA, Givanilson da Silva; LIMA, Daniela Barbosa de; TORRES, Rebeca Larissa Nepomuceno; MANSO, Maria Lara Costa; SANTOS, Oberto César dos; SILVA, João Augusto da; SILVA, Marcos Matheus Missias da; OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes; MEDEIROS, Rosa Régia Sousa de;	Revisão integrativa da literatura	Não aplicável	Descrever as ações de enfermagem para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva na Unidade de Terapia Intensiva	Preconiza-se a adesão de medidas preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva, as quais precisam ser praticadas rigorosamente pelos profissionais de enfermagem; Ressalta-se a necessidade de atualizações e construções de

	BARBOSA, Lidiane Marinho Silva. 2021.				protocolos com medidas que possam prevenir as infecções de trato respiratório oriundas do uso da ventilação mecânica invasiva.
Artigo II Cuidados de Enfermagem: Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.	FRANCA, Vinícius Gabriel Costa; LINS, Ana Gabriela Almeida; SANTOS, Carmem Lucias; FERREIRA, Larissa Geovana dos Anjos; SILVA, Renata Monteiro da; ALMEIDA, Tiely Cristine da Silva; SILVA, Cíntia de Carvalho; OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes. 2021	Estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa.	Não aplicável	Identificar os cuidados de Enfermagem na prevenção de pneumonia em pacientes sob o uso de ventilação mecânica invasiva.	A educação continuada e a adoção de medidas baseadas em evidências científicas, bem como protocolos em saúde, correspondem aos melhoramentos dos aspetos em questão.
Artigo III Educação para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva	BRANCOL, Aline; LOURENÇONE, Emerson Matheus Silva; MONTEIRO, Ariane Baptista; FONSECA, Jaqueline Pettitembert; BLATTIL, Carine Raquel; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. 2020.	Estudo experimental de antes e após, retrospectivo, com abordagem quantitativa.	302 pacientes em ventilação mecânica internados em Unidade de Terapia Intensiva	Avaliar a adesão da enfermagem ao bundle de prevenção à PAV e a taxa de incidência, antes e após a realização de Educação Permanente.	Através da vigilância contínua das medidas de prevenção à PAV e realização de Educação Permanente com todos os profissionais de Enfermagem na UTI, observou-se o aumento de adesão às medidas

					<p>preventivas logo após a capacitação, com a concomitante diminuição numérica da incidência da PAV.</p> <p>Observa-se a importância do feedback diário com a equipe sobre o comportamento para a adesão às medidas preventivas, possibilitando a reflexão diária da assistência prestada pelos profissionais, para mudanças na prática em prol da segurança do paciente assistido.</p> <p>O bundle mostrou-se como uma importante ferramenta que deve ser incorporada diariamente na assistência para a promoção da segurança do paciente crítico em UTI.</p>
<p>Artigo IV Pneumonia associada à</p>	<p>CRUZ, João Ricardo Miranda da; MARTINS,</p>	<p>Estudo longitudinal e descritivo.</p>	<p>Amostra de 20 enfermeiros e um total de</p>	<p>Identificar os procedimentos de enfermagem em doentes</p>	<p>É necessária uma formação contínua dos profissionais de</p>

<p>ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem</p>	<p>Matilde Delmina da Silva. 2018.</p>		<p>102 observações.</p>	<p>submetidos a ventilação mecânica invasiva e o desenvolvimento de pneumonia num serviço de medicina intensiva.</p>	<p>saúde que alerte e evidencie a importância extrema do cumprimento da bundle como indicador preditivo da melhor prestação de cuidados de saúde e evolução favorável para o doente, evitando especificamente a aspiração de secreções do doente em decúbito dorsal puro e o uso de técnica asséptica na aspiração de secreções no tubo endotraqueal com sistema aberto;</p> <p>Reforça-se a necessidade do profissional de enfermagem que presta cuidados ao doente crítico consolidar, renovar e ampliar os seus conhecimentos, por meio da formação permanente em serviço.</p>
<p>Artigo V Importância dos cuidados</p>	<p>QUILLICI, Maria Clara Bisaió; PORTO, Juliana Pena.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Reunir, sintetizar e integrar resultados de</p>	<p>Adoção de medidas preventivas apresenta um</p>

de enfermagem para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	2017			estudos primários que investigaram a importância da adoção de cuidados de enfermagem.	impacto positivo na diminuição da ocorrência desta infecção em unidades críticas.
---	------	--	--	---	---

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A educação contínua dos profissionais de enfermagem nesta área traduz-se em ganhos para a saúde e o alcance da qualidade e segurança do doente submetido a ventilação mecânica invasiva, assumindo também uma importância relevante na prevenção da PAV.

Nos últimos anos têm surgido algumas estratégias que visam a prevenção da PAV.

Após a análise dos artigos selecionados, concluiu-se que através da vigilância contínua das medidas de prevenção à PAV e realização de Educação Permanente com todos os profissionais de Enfermagem, observou-se o aumento de adesão às medidas preventivas com a concomitante diminuição da incidência da PAV (Artigo II e III).

Para isso, torna-se importante o feedback diário com a equipa multidisciplinar sobre o comportamento para a adesão às medidas preventivas, possibilitando a reflexão diária da assistência prestada pelos profissionais, para mudanças na prática em prol da segurança do doente (Artigos I, III, IV e V).

De modo a reduzir a incidência de PAV, tem sido bastante utilizado o bundle de prevenção (um conjunto de medidas e intervenções), que é constituído de práticas baseadas em evidências que quando implementados em conjunto, resultam em reduções significativas das contaminações e agravamentos (Artigo I e V). A bundle mostra-se como uma importante ferramenta que deve ser incorporada diariamente na assistência para a promoção da segurança do doente crítico em UCI (Artigo III e IV).

De acordo com a nova atualização do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, destacam-se as seguintes intervenções na prevenção da pneumonia associada à ventilação:

- Utilizar sedação ligeira;
- Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação;
- Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, evitando momentos de posição supina;
- Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses;

- Manter a pressão no balão (cuff) do tubo/ cânula endotraqueal entre os 20 e 30 cm H₂O.

(NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015. Atualizada a 17/11/2022) (DGS, 2022)

Constam nos artigos I, II, III, IV e V as seguintes orientações: elevação da cabeceira do doente, higiene oral, aspiração de secreções, circuitos ventilatórios, pressão do cuff do tubo; “que agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem o melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (DGS, 2015).

Uma das medidas profiláticas utilizadas é a higienização das mãos, a qual deve ser executada com rigor na realização da sua técnica e periodicidade, antes e após a ocorrência do contato direto com o paciente, ou indireto com produtos e equipamentos próximos a este.

A manutenção da cabeceira dos leitos elevada a um ângulo de aproximadamente 30° é um dos componentes de cuidados para a prevenção da PAV, sendo uma medida simples e efetiva, que não demanda custos adicionais. Destaca-se que o posicionamento correto do paciente assegura a complacência do seu sistema respiratório, promove a diminuição de refluxo e da aspiração de secreções nasofaríngeas, orofaríngeas e gastrointestinal, o que proporciona o maior volume corrente, reduzindo a contaminação das vias aéreas inferiores.

Outra intervenção que pode ser realizada em pacientes em ventilação mecânica é a monitorização da pressão do cuff do tubo orotraqueal, cujos valores devem permanecer entre 20 e 30 cmH₂O. A fim de evitar o comprometimento da microcirculação da traqueia, não se recomenda valores maiores que os mensurados, uma vez que podem causar lesões na traqueia. Entretanto, a pressão insuficiente pode favorecer a passagem de secreções subglóticas localizadas acima do cuff e ocasionar aspiração.

Outra estratégia utilizada pelos profissionais da assistência para diminuir a incidência de PAV consiste na interrupção diária da sedação, visto que altas doses podem resultar em lesões neurológicas, esvaziamento gástrico lento, aumentando a predisposição do paciente a broncoaspiração. Esta medida compõe um conjunto de boas práticas, uma vez que verifica a possibilidade de extubação precoce, que apresenta como finalidade reduzir o tempo de utilização da VM e diminuir os efeitos adversos relacionados a esta assistência. Contudo, é imprescindível a cautela na realização desta conduta, sendo que a extubação precoce executada por equívoco, pode acarretar em reintubação.

Concluiu-se também que é necessária uma formação contínua dos profissionais de saúde que alerte e evidencie a importância extrema do cumprimento da bundle como indicador preditivo da melhor prestação de cuidados de saúde e evolução favorável para o doente, evitando especificamente a aspiração de secreções do doente em decúbito dorsal puro e o uso de técnica asséptica na aspiração de secreções no tubo endotraqueal com sistema aberto (Artigos II, III e IV).

Reforça-se a necessidade do profissional de enfermagem que presta cuidados ao doente crítico consolidar, renovar e ampliar os seus conhecimentos, por meio da formação permanente em serviço.

5. CONCLUSÃO

A PAV é uma infecção hospitalar recorrente nas Unidades de Cuidados Intensivos, com elevada morbidade e mortalidade, por isso deve ser prevenida através de ações e intervenções de toda a equipa multidisciplinar.

A enfermagem baseada na evidência deve ser implementada para gerar conhecimentos, melhorar a educação e a prática profissional. A eficácia e a melhor estratégia de aplicação de diversas medidas destinadas à sua prevenção são ainda consideradas temas em aberto, mantendo-se elevada a incidência desta infecção. A pesquisa e a constante formação contribuem para esclarecer quais as medidas preventivas mais eficazes e qual a melhor forma de as aplicar, diminuindo a incidência das infeções e melhorando o prognóstico dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.

Da análise destes artigos, verificou-se que, a implementação de intervenções como as bundles, associada à formação dos profissionais de saúde sobre a temática da prevenção da pneumonia associada à ventilação, são eficazes na redução das taxas de PAV e muitas vezes geradoras de mudanças de comportamentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [DGS] (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde. [Consultado a 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: www.dgs.pt/
2. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [DGS] (2017) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde. [Consultado a 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: [DGS_PCIRA_V8.pdf \(sns.gov.pt\);](#)
3. AMARAL, S. [et al.] (2009) – Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. [Consultado 10 de dezembro
4. o de 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/pLGrgZhwmMK5xThxpW6VcKh/?format=pdf&lang=pt;>
5. DGS (021/2015). “Feixe de Intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação” 17 de novembro de 2022. Consultado em 2 de dezembro de 2022. Disponível em: [Norma 2 \(novo design\) SPMS V2 \(dgs.pt\);](#)
6. Costa et al. (2020). Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22301/14666;>
7. França et al., (2020). Cuidados de Enfermagem: Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246221/37694;>
8. CRUZ, João Ricardo Miranda & MARTINS, Matilde Delmina da Silva (2018). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIVn20/serIVn20a10.pdf>