



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Promoção da Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com Sepsis

Maria Salter Cid Albino

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Beja, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Promoção da Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com Sepsis

Maria Salter Cid Albino

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Beja, 2023

A Promoção da Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com Sepsis

Maria Salter Cid Albino

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professora doutora Ana Clara Nunes

Arguente: Professor Doutor Adriano Pedro

Orientador: Professora Doutora Maria Alice Ruivo

Data: 16 de fevereiro de 2023

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl G. Jung)

AGRADECIMENTOS

Este percurso não se faz sozinho e só foi possível graças ao apoio de várias pessoas. Chegando o fim desta longa caminhada, surge o momento de agradecer a todos os que me acompanharam e de alguma forma ajudaram nesta jornada.

À Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo, pela sua orientação, compreensão, cooperação e resiliência no decorrer deste percurso.

À Professora Doutora Ana Canhestro pelo apoio, disponibilidade e encorajamento ao longo deste caminho.

Aos enfermeiros orientadores e enfermeiros em funções de chefia, bem como equipas de enfermagem onde realizei os estágios, que tão amavelmente me acolheram e que contribuíram para a construção do SER Enfermeiro Especialista.

Aos meus colegas de trabalho e ao meu chefe, pelo incentivo, compreensão e disponibilidade demonstrados.

A todos os professores e colegas deste Mestrado, que compartilharam os seus saberes e experiências que me fizeram crescer, não só enquanto Enfermeira, mas também enquanto pessoa.

À família, amigos e ao meu namorado, por estarem sempre presentes e me incentivarem neste caminho, com o apoio incondicional no recurso às palavras certas, ao carinho e força num abraço, à compreensão num olhar.

RESUMO

O Relatório de Estágio é a etapa final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. No mesmo objetiva-se apresentar uma reflexão crítica e fundamentada do processo formativo, com incidência nas atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final e no seu contributo para a aquisição e desenvolvimento das diferentes competências.

No estágio final, entre outras atividades, destaca-se a realização do projeto de intervenção, com recurso à Metodologia de Projeto e enquadrada no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidência, que será apresentado de forma detalhada. O mesmo incidiu sobre as intervenções à Pessoa em Situação Crítica com Sepsis, com o intuito de fomentar a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Este caminho baseou-se na implementação de diferentes ações promotoras do desenvolvimento de conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da Sepsis e uniformização das intervenções com base em evidência científica atual e diretrizes internacionais e nacionais.

Concomitantemente, pretendeu-se analisar e refletir de forma crítica e fundamentada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, bem como das Competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Sepsis; Intervenções de enfermagem; Qualidade dos Cuidados.

ABSTRACT

The Internship Report is the final stage of the master's degree in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation. The objective is to present a critical reflection, based on the training process, focusing on the activities carried out throughout the internship and in its contribution to the acquisition, and development, of different skills.

In the final stage of the internship, among other activities, the development of the Intervention Project stands out, based on Project Methodology, and framed in the Model for Evidence-Based Practice Change, which will be presented in detail. The Intervention Project thus focused on the interventions to the Person in a Critical Situation, with Sepsis, with the aim on promoting safety and improvement in the quality of care provided to these patients. This path was based on the implementation of different actions promoting the development of knowledge of the nursing team about Sepsis and standardization of interventions rooted in current scientific evidence and international and national guidelines.

Concomitantly, it was intended to analyze and reflect, in a critical and reasoned way, on the process of acquiring and developing the Common Competences of the Specialist Nurse, on the Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - The Person in a Critical Situation, as well as the Competencies of a Master's in Nursing.

Key words: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Sepsis; Nursing interventions; Quality of Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Competências Comuns

CD – Código Deontológico

CDOS – Comando Distrital de Operações de Socorro

CE – Comissão Europeia

CE – Competências Específicas

COVID 19 – *Coronavirus Disease 2019*

CRIA – Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EOT – Entubação Orotraqueal

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

JBI – Joanna Briggs Institute

ME – Mestrado em Enfermagem

MMPBE – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

MP – Metodologia de Projeto

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidências

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSD21-26 - Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SSC – *Surviving Sepsis Campaign*

SU – Serviço de Urgência

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UE – Universidade de Évora

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVS – Via Verde Sepsis

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	16
1.1 – TEORIA DE JUNE LARRABEE: A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	16
1.2 – QUALIDADE DOS CUIDADOS E SEGURANÇA DO DOENTE	23
1.3 – INTERVENÇÃO NA SÉPSIS.....	31
2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	42
2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL DO ALENTEJO	43
2.1.1 – Estrutura Física e Recursos Materiais	46
2.1.2 – Recursos Humanos	48
2.2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	50
2.2.1 – Diagnóstico da Situação	52
2.2.2 – Planeamento e Execução	59
2.2.3 – Avaliação e Divulgação de Resultados	72
3 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	81
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	84
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	107
4 – CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Avaliação da Sessão de Formação	75
Gráfico nº 2 – 1ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	75
Gráfico nº 3 – 2ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	76
Gráfico nº 4 – 3ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	76
Gráfico nº 5 – 4ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	77
Gráfico nº 6 – 5ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	77
Gráfico nº 7 – 6ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	78
Gráfico nº 8 – 7ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Análise SWOT 57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - PRISMA <i>Flow Diagram</i> da <i>Scoping Review</i> (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (JBI, 2015)	65
--	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio UCI	148
APÊNDICE II – Cronograma de Projeto	171
APÊNDICE III – Resumo Artigo	172
APÊNDICE IV – Poster Sepsis	177
APÊNDICE V – Sessão Formação Sepsis	179
APÊNDICE VI – Avaliação da Sessão de Formação e Conhecimentos	206

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Certificado Curso de Sepsis 2021	211
ANEXO II – C19_Space Course for Nurses_Certificate C19_SPACE Self-Learning ..	213
ANEXO III – C19_Space Course for Nurses_Certificate C19_SPACE local training .	215
ANEXO IV – C19_Space Course for Nurses_Certificate of Achievement	217
ANEXO V – ASCI – VI Simpósio de Enfermagem	219
ANEXO VI – Certificado Curso Sepsis 2021	221
ANEXO VII – Programa Curso Sepsis – Junho 2021	223
ANEXO VIII – Certificado Estágio Observação CDOS	226

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um Relatório de Estágio que se encontra inserido na Unidade Curricular [UC] Relatório, que integra o plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], dando resposta ao elemento de avaliação curricular da UC referida. Este curso foi ministrado no Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja, e encontra-se sob a alçada de uma associação constituída pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de Maio, da qual fazem parte, o Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, a Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, o Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, o Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias e o Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

De acordo com a Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES], o relatório pode ser denominado como “um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição” (AESES, 2017, p.2). Este relatório incide sobre todo o percurso formativo, de aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências e reflexão da prática clínica, tendo como foco a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e do grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação e discussão em prova de defesa pública.

O desenvolvimento do caminho a percorrer com vista à aquisição de competências, teve por base os documentos das Competências Comuns [CC] do Enfermeiro Especialista [EE] (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), das Competências Específicas [CE] do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], na área de especialização em EMC-PSC (OE, 2018). Assim como, a demonstração de aquisição de competências enquanto Mestre em Enfermagem, estabelecidas pelo documento submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino

Superior (Universidade de Évora [EU], 2015), baseando-se este no Artigo 15 ° do Decreto-Lei n ° 74/2006 e nas devidas alterações, com republicação no Decreto-Lei n ° 65/2018 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2018).

O estágio final decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital situado no Alentejo, sendo que deste estágio fez ainda parte um período de observação no Comando Distrital de Operações de Socorro [CDOS].

Durante o período de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos desenvolvemos um Projeto de Intervenção, o qual recaiu sobre a temática da “Promoção da Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com Sépsis”. Esta temática encontra-se centrada na linha de investigação da área de EMC-PSC, relacionando-se com a área da qualidade dos cuidados e segurança do doente. A mesma é bastante pertinente e atual na medida em que a Sépsis representa uma das maiores causas de internamento e mortalidade nas Unidades de Cuidados Intensivos, sendo que o seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequado são fundamentais. Para tal é essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos aprofundados acerca da Sépsis, bem como das intervenções a realizar, visando contribuir de forma ativa para uma prestação de cuidados de qualidade a estes doentes.

Para desenvolver o Projeto de Intervenção tivemos por base os documentos de planeamento da UC Estágio final, bem como as orientações da Metodologia de Projeto descrita por Ferrito, Ruivo & Nunes (2010), sendo também suportado pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, relatado por Larrabee (2011), indo ao encontro de colmatar a necessidade encontrada e objetivando uma prática de cuidados altamente qualificados e assentes na evidência científica recente. O mesmo teve início após aprovação da pertinência da temática pela Enfermeira Chefe do serviço onde desenvolvemos o estágio e pela Docente Orientadora da UC de Estágio Final e UC Relatório, Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo.

O modelo teórico Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência de Larrabee (2011), foi o modelo utilizado transversalmente para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço [PIS] e para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Como objetivos para este relatório estabelecemos:

- Descrever o contexto clínico no qual se desenvolveu o estágio e o PIS.
- Expor o PIS desenvolvido, utilizando as etapas da metodologia de projeto.
- Refletir, de forma crítica e fundamentada, sobre a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas em EMC-PSC e das competências de Mestre em Enfermagem.

Estruturámos este relatório com uma divisão em 4 Capítulos. No primeiro faremos um enquadramento teórico e concetual, onde abordamos o modelo teórico da Teoria de June Larrabee: A prática Baseada em Evidência, e os seguintes temas: qualidade dos cuidados e segurança do doente e Intervenções na Sepsis. No segundo capítulo primeiramente realizamos uma análise e apreciação da Unidade de Cuidados Intensivos onde desenvolvemos o estágio, referindo a estrutura e a diversa tipologia de recursos disponíveis, englobando a gestão dos cuidados, e, posteriormente descrevemos o PIS, enquadrado na problemática da intervenção à Pessoa em Situação Crítica com Sepsis, descrevendo as diferentes fases do mesmo, através da aplicação da metodologia de projeto. Na terceira parte faremos uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final e de todo o percurso académico, refletindo sobre a sua importância na aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, assim como das CC de EE e das CE em EMC-PSC. Por último, faremos uma conclusão do relatório elaborado. Ainda faz parte integrante do mesmo, os apêndices desenvolvidos ao longo do percurso formativo, bem como os anexos utilizados.

Este documento foi elaborado em concordância com o acordo ortográfico da língua portuguesa, excluindo as citações diretas de autores que não utilizaram o mesmo acordo. É orientado pelas normas de referência bibliográfica da 7ª Edição da *American Psychological Association* [APA], na versão original em língua inglesa (APA, 2020).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual consiste numa fase em que o autor ordena e sistematiza os conhecimentos que constituem o seu ponto de partida, de forma a rever e assimilar os dados que já existem relativos à problemática que pretende estudar (Vilelas, 2017). Neste capítulo apresentamos o enquadramento conceptual e teórico que guiou a nossa prática no decorrer desta etapa e serve de alicerce para o trabalho desenvolvido. O mesmo encontra-se dividido em subcapítulos, para melhor integrar as diversas perspetivas e abordagens da temática. Primeiramente, realizamos uma abordagem à Teoria de June Larrabee: A Prática Baseada em Evidência. De seguida, abordamos o tema da Qualidade dos Cuidados e Segurança do Doente. Por fim, apresentamos os restantes pressupostos teóricos, resultado da pesquisa bibliográfica e da *Scoping Review*, acerca da Sepsis, temática do PIS.

1.1 – TEORIA DE JUNE LARRABEE: A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A enfermagem conseguiu consolidar-se como ciência e arte após ter gerado uma linguagem específica que atribuiu significado aos elementos fundamentais da profissão. Esta linguagem específica está retratada pelas teorias de enfermagem (Moreira, Dias & Fernandes, 2017).

Segundo Fortin (2009: 15) teoria é “um conjunto coerente de conceitos, de proposições e de definições, visando descrever, explicar ou prever fenómenos.”. As teorias de enfermagem têm como principal objetivo definir, caracterizar e explicar, compreender e interpretar, a partir da seleção e inter-relação conceitual, os fenómenos que configuram domínio de interesse da profissão. Apreende-se assim, que as teorias de enfermagem têm contribuído para a formação de uma base relativamente sólida de conhecimento, que organiza o mundo fenomenal da Enfermagem (Garcia & Nobrega, 2004).

Foi apenas no século XX que a Enfermagem foi considerada uma profissão ou disciplina, sendo que para isso, os trabalhos teóricos foram fundamentais, constituindo-se num extenso conjunto de ideais e conhecimento sistemático acerca da profissão (Tomey & Alligood, 2004). A Enfermagem, enquanto profissão, busca uma abordagem de prática baseada na teoria, que se procura que seja sistemática e centrada no doente (Tomey & Alligood, 2004).

O conhecimento das teorias de enfermagem permite ao profissional obter a sua essência, fortalecer cientificamente a sua prática e assim utilizá-las como orientadoras do seu trabalho (Merino *et al.*, 2018). Aliar investigação científica com modelos teóricos, remete-nos para a sustentação das ações práticas que desenvolvemos, levando a um processo metodológico significativo em enfermagem, com contributos para o foco dos cuidados, o doente (Tomey & Alligood, 2004).

Sabendo que, "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados", através do recurso à "existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem" assim como à "existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...)" (OE, 2015a: p.17243). O mesmo comprova ser fundamental aliar a utilização dos modelos teóricos e dos pressupostos da investigação na prestação de cuidados.

A aplicação de teorias é fundamental para a prática de enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. A Teoria de June Larrabee: A Prática Baseada em Evidências [PBE], é uma teoria cada vez mais defendida, uma vez que conjuga a prática clínica com a melhor evidência científica que provém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (Larrabee, 2011).

Em 1999, foi proposto por Rosswun & Larrabee, após várias revisões teóricas, a primeira versão do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE]. Este modelo surge da constatação de que os profissionais de saúde apresentavam dificuldades em sintetizar dados empíricos e transpor a sua aplicabilidade para o contexto clínico, de forma a integrar mudanças na prática de cuidados (Rosswun & Larrabee, 1999). Em 2011, Larrabee, com base na sua experiência e dos enfermeiros que aplicaram o MMPBE, procedeu à revisão do modelo

original, de forma a aprimorar o desenvolvimento de programas de melhoria contínua, incorporando, na versão revisada, conceitos referentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Larrabee, 2011).

O MMPBE quer mudar o paradigma da prática tradicional, baseada exclusivamente na intuição, resultante da experiência individual e de processos assentes na opinião pessoal. Para uma PBE, com recurso a um raciocínio interativo, promotor do desenvolvimento de investigação em enfermagem e da acessibilidade aos resultados obtidos na mesma (Rosswun & Larrabee, 1999). Este modelo defende assim, uma prática de cuidados em saúde que integre um pensamento crítico, em que se questione constantemente e se justifiquem as ações em pesquisas científicas, em investigação e nos resultados obtidos nas mesmas. Segundo o mesmo, é imprescindível saber integrar a melhor evidência de pesquisa disponível, aos dados obtidos pelos doentes, combinando também a observação clínica (Larrabee, 2011).

Ainda segundo Larrabee (2011: p.24), a PBE consiste num exercício profissional que decorra da “(...) utilização simultânea da experiência clínica e da melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática para guiar a tomada de decisão clínica e simultaneamente considerar os valores do paciente”. Com isto, consideramos que a PBE é uma metodologia que facilita a identificação e resolução de necessidades encontradas na prática clínica e centradas no doente. Através do recurso à conjugação do conhecimento e experiência do enfermeiro com a melhor e mais atual evidência científica (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999).

O MMPBE enfatiza que a mudança na prática deve basear-se na conjugação entre a identificação das necessidades e/ou análise crítica de dados, a pesquisa clinicamente relevante e a experiência clínica. Esta combinação potencia a melhoria dos processos de tomada de decisão consciente e adequada, com conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente, culminando em melhores resultados em saúde e cuidados de enfermagem adaptados e individualizados (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999).

O MMPBE apresenta uma perspectiva ao nível da prestação de cuidados, mas também um vetor vertical, implicando os líderes de enfermagem em funções de chefia/gestão, num papel preponderante de promoção da PBE, através da motivação das equipas, que é fundamental

para um processo de transformação e obtenção do sucesso da mudança (Larrabee, 2011). Destaca também a importância das organizações profissionais de enfermagem, como responsáveis pela determinação dos padrões de qualidade, da formação até à prática de Enfermagem (Larrabee, 2011).

O MMPBE propõe seis etapas: “1. Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2. Localizar as melhores evidências; 3. Fazer uma análise crítica das evidências; 4. Projetar a mudança da prática; 5. Implementar e avaliar a mudança da prática; 6. Integrar e manter a mudança da prática” (Larrabee, 2011: p.35). Estas etapas embora progressivas não têm obrigatoriedade de ser estritamente lineares, sempre que necessário, podem-se retomar etapas anteriores, atendendo a que “(...) as actividades de cada etapa podem gerar actividades de outra etapa” (Larrabee, 2011, p.37).

A seguir descrevemos as seis etapas estabelecidas por Larrabee no MMPBE (2011):

Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança da prática – Consiste em identificar e incluir as “partes interessadas” (*Stakeholders*) no problema da prática, colher dados internos sobre a prática atual e compará-los com dados externos, de modo a validar a necessidade de mudança, identificando o problema e fazendo a ligação do mesmo com as intervenções e os resultados;

Etapa 2: Localizar as melhores evidências – Compreende identificar a melhor evidência disponível, atual e relevante, através de um planeamento da metodologia de pesquisa, da seleção dos instrumentos de avaliação e análise crítica das fontes, bem como a definição dos métodos a utilizar na organização dos dados obtidos para síntese;

Etapa 3: Fazer uma análise crítica das evidências – Abrange a síntese dos resultados obtidos e aplicação dos instrumentos de avaliação e análise crítica previamente selecionados, de forma a avaliar o nível de qualidade da evidência. Sintetizar a melhor evidência disponível e avaliar a viabilidade, riscos e benefícios da sua inclusão na prática;

Etapa 4: Projetar a mudança na prática – Inclui definir a mudança da prática clínica proposta, identificando os recursos necessários, delineando as estratégias de implementação do plano definido e sua respetiva avaliação;

Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática – “As principais atividades incluem implementar o estudo-piloto, avaliar o processo, os resultados e os custos; e desenvolver conclusões e recomendações.” (Larrabee, 2011, p. 36). Pretende assim, implementar o plano definido com avaliação do processo, resultados e custos, e, com base na análise efetuada, o desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Etapa 6: Integrar e manter a mudança na prática – Consiste em divulgar a mudança recomendada às “partes interessadas” (*stakeholders*), integrar e implementar a nova prática com monitorização dos indicadores de processo e de resultados. Deve também incluir a divulgação dos resultados.

O MMPBE já foi amplamente aplicado e testado em diversos contextos, demonstrando constituir-se um instrumento válido para a orientação e resolução de problemas práticos e concretos. O modelo foi testado com a criação de um programa sistemático de utilização da pesquisa em enfermagem, para melhorar a qualidade dos cuidados ao doente. O mesmo refere que a pesquisa é basilar para a busca de cuidados de excelência e que a integração em atividades de pesquisa permite o desenvolvimento pessoal, profissional e estimula as melhores práticas. As suas funções são: identificar oportunidades para melhorar a prática utilizando fontes de informação, criar e aperfeiçoar os processos de tomada de decisão, conduzir pesquisas clinicamente revelantes, alterar os padrões de cuidados e melhorar a prática (Larrabee, 2011).

Remetendo para a aplicabilidade deste modelo teórico na área da Pessoa em Situação Crítica [PSC], contexto onde foi desenvolvido o PIS, o mesmo já demonstrou sucesso em diferentes projetos que levaram à mudança da prática. Nomeadamente: avaliação da sedação ao doente adulto, entubado e ventilado, em UCI; cuidados e avaliação da higiene oral da PSC; utilização de solução salina antes da aspiração traqueal; estratégias para diminuir a contaminação da nutrição entérica (Larrabee, 2011). Consideramos que o acima referido

também constitui uma razão para a viabilidade da utilização deste modelo no PIS, sendo que o mesmo remete para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC com Sepsis.

É um modelo teórico com eficácia comprovada no que se refere à implementação de mudanças na prática clínica (Larrabee, 2011). No entanto, a autora ressalva que o sucesso da aplicação deste modelo é indissociável dos veículos promotores da mudança, os Enfermeiros. O que implica a aquisição de competências por parte dos mesmos, que os tornem capazes de operacionalizar os processos de mudança (Larrabee, 2011).

Exposto isto, consideramos que o MMPBE promove a investigação em saúde apresentando eficácia comprovada na operacionalização prática da mudança e consequente melhoria da qualidade dos cuidados, com resultados positivos para o doente, enfermeiros e instituições de saúde. Sendo que para o seu sucesso a aquisição de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros, é fundamental para uma implementação capaz, ampla e sustentada da mudança, (Larrabee, 2011).

Salienta-se o paralelismo entre o MMPBE e as metodologias aplicadas às revisões da evidência, com etapas e procedimentos comuns e/ou equivalentes, bem como a consonância apresentada entre o modelo descrito e a metodologia de trabalho de projeto (linha orientadora do PIS), na medida em que ambos se baseiam numa premissa comum de resolução de problemas e no paralelismo entre a investigação, a teoria e a prática (Ferrito, Ruivo & Nunes (2010). Consideramos que este paralelismo, também fundamenta a escolha do modelo descrito.

Assim, após análise integral do modelo abordado, confirmamos a sua aplicabilidade na área da prestação de cuidados à PSC, assim como a sua adequação e utilidade na prática clínica e no contexto da investigação, fundamentando a sua seleção como suporte quer ao desenvolvimento do PIS quer à aquisição e desenvolvimento das competências previstas.

O MMPBE é uma teoria de médio alcance, que, segundo Fawcett (2005) caracteriza-se por ser uma teoria mais concreta e restrita. Estes tipos de teorias não apresentam metaparadigmas. Os metaparadigmas são conceitos gerais que identificam os fenómenos de interesse para a disciplina de enfermagem, assim como as relações entre eles, de modo a fundamentar o objeto

de estudo da mesma. São as unidades básicas na linguagem do pensamento teórico e definem os conceitos centrais que envolvem o conteúdo e o âmbito da profissão (Fawcett, 2005).

Tendo em conta que a teoria descrita não apresenta conceitos metaparadigmáticos e que em Portugal estes estão definidos no enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros [OE], iremos utilizar os que são referenciados pela mesma: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001 (OE, 2001). Utilizámos os do ano de 2001, uma vez que na publicação de 2017 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, são estes os conceitos que são recordados.

De seguida apresentamos a descrição dos conceitos:

Saúde é referida como: “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual (...) é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001: p. 8). Sendo uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo, pelo que, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (OE, 2001).

Pessoa encontra-se definida como: “(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001: p. 8).

Ambiente é definido como o espaço em que: “(...) as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001: p. 9-10), o binómio pessoa/ambiente é central na prática de enfermagem, pelo que os enfermeiros, devem considerar, nas suas intervenções, a complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001).

Cuidados de Enfermagem: centram-se “(...) na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (...)” (OE, 2001: p.10), tendo como “(...) foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2001: p.11), respeitando o quadro de valores, crenças e desejos implicados nessa relação (OE, 2011). A relação terapêutica estabelecida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria criada com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Os enfermeiros no seu exercício profissional usam a sensibilidade para lidar com essas diferenças, procurando o mais elevado nível de satisfação de cada doente (OE, 2001).

Assim, após análise integral do modelo, confirmamos a sua adequação na área da prestação de cuidados ao doente crítico, como também a aplicabilidade na prática clínica e no contexto da investigação, fundamentando a seleção do mesmo como suporte tanto ao desenvolvimento do PIS, como à aquisição e desenvolvimento das competências previstas.

O Modelo Teórico em análise fomenta um investimento contínuo na melhoria da qualidade dos cuidados, o que é fundamental para o aumento da segurança do doente, na medida em que as mesmas estão interligadas. Foi também esta linha de pensamento e atuação que orientou a prestação de cuidados à PSC neste percurso académico. Assim, consideremos ser relevante o desenvolvimento do capítulo seguinte, para abordar a temática da qualidade dos cuidados e segurança do doente de forma mais aprofundada.

1.2 – QUALIDADE DOS CUIDADOS E SEGURANÇA DO DOENTE

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde não é um tema recente, tendo em conta que “atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010: p.11), contudo, tem merecido um enfoque e preocupação crescentes nos últimos anos, a nível nacional e internacional.

Reportando à Lei de Bases da Saúde, constatamos que um dos direitos das pessoas é ter acesso aos cuidados de saúde “(...) com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019: p.56).

Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS], a Qualidade em Saúde consiste na prestação de cuidados de saúde eficazes, oportunos, eficientes, equitativos, centrados nas pessoas e seguros, tendo em vista a melhoria dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e comunidades (OMS, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde [MS], a Qualidade em Saúde “(...) pode ser definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015b: p.13551). A qualidade dos cuidados “não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade da saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado” (MS, 2015a: p.3882).

A melhoria da prestação de cuidados de saúde constitui uma prioridade das instituições de saúde. Para que isso aconteça é essencial o uso de estratégias de gestão da qualidade por parte das instituições e o compromisso e dedicação dos profissionais (Dias, 2014). Com esse fim, têm surgido programas de melhoria contínua da qualidade “que pretendem ser instrumentos para fazer face às novas realidades, trazidas pelo acelerado processo da história, da globalização, da técnica e da ciência, mas também pelas circunstâncias políticas, económicas e financeira” (Dias, 2014: p.39). Consideramos que estes instrumentos vão ao encontro do Modelo de Larrabee, na medida em que defende a PBE e instiga à mudança fundamentada, o que apresenta eficácia comprovada na melhoria da qualidade dos cuidados e melhores resultados para os doentes (Larrabee, 2011).

Em 2015, para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS] que pretende: contribuir para o reforço da equidade do Serviço Nacional de Saúde, o que significa garantir que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, “ (...) impondo o

desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição” (MS, 2015b: 13551).

Na ENQS 2015-2020 encontra-se evidente que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (MS, 2015b: p.13551) A ENQS obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde, apresentadas por ordem de prioridade: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (MS, 2015b).

A Qualidade é reconhecida pela OE como um elemento fundamental na prática dos cuidados, pois tem “como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão” (Assembleia da República [AR], 2015: p.8060). É ainda de salientar que, como primeiro dever dos enfermeiros é apontado “o exercício da profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (AR, 2015: p.8078).

Exposto isto, identificamos que o acima descrito vai ao encontro dos princípios da qualidade em saúde descritos por Larrabee (2011) na medida que “(...) a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética” (p.15), que “(...) integra os princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça (...)” (p.15), remetendo também para o envolvimento dos enfermeiros “(...) em atividades que conduzam à mudança para a prática baseada em evidências” (p.26), com o objetivo de disponibilizar os melhores cuidados individualizados aos doentes (Larrabee, 2011).

Ainda no contexto da qualidade dos cuidados, em 2017, a OE republicou o Regulamento nº361/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, com o intuito de serem norteadores e referenciais para a prática especializada destes enfermeiros (OE, 2017). Neste regulamento encontram-se os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, que visam esclarecer a sua natureza e abranger os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Os enunciados são os que se descrevem de seguida:

A satisfação do cliente, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; quer através da intervenção precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e de forma holística. (OE, 2017).

A promoção da saúde, o enfermeiro especialista através do fornecimento de informação produtora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e posteriormente com a avaliação dos ganhos em conhecimentos e capacidades, visando a educação do doente/família para a gestão de processos complexos resultantes da situação crítica, promove a saúde do doente crítico (OE, 2017).

A prevenção de complicações, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde do doente crítico através da rápida identificação de potenciais problemas e define intervenções com base nos problemas identificados, para evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2017).

O Bem-estar e o Autocuidado, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar e complementa as atividades de vida em que o doente é dependente, através da implementação de intervenções de enfermagem especializadas, da sua referenciação quando necessário e da gestão da relação terapêutica, entre outros elementos (OE, 2017).

A readaptação funcional, o enfermeiro especialista em conjunto com o doente e família desenvolve métodos eficazes de adaptação aos problemas de saúde com a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados, com o planeamento da alta e com recursos ao ensino e treino de acordo com as necessidades identificadas (OE, 2017).

A organização dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro especialista assevera a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, com recurso a um quadro de referências para o exercício profissional, com a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada (OE, 2017).

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, o enfermeiro especialista através da evidência científica participa na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção (OE, 2017).

A segurança do doente é um dos pilares indissociáveis da qualidade dos cuidados de saúde, sendo que a abordagem a estas vertentes é comumente realizada de forma conjunta e/ou coordenada, sendo impactante nos resultados clínicos, financeiros e administrativos, criando valor e satisfação dos alvos da prestação de cuidados (Fragata, 2011; ICN, 2012). Neste contexto, é de realçar a complementaridade e interdependência destas dimensões, encaradas frequentemente como parte de um contínuo (Fragata, 2011).

Segurança do doente, pode ser definida como: “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direccionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição a risco de não tratamento ou de outro” (DGS, 2017a, p.4), ou, numa definição essencialmente concreta e operacional, a redução do erro, risco e dano no contexto da prestação de cuidados de saúde (OMS, 2019). Em ambas as definições ressalva-se a existência do risco associado à prestação de cuidados de saúde, sendo universalmente aceite a impossibilidade da eliminação completa do erro neste contexto específico (OMS, 2019).

A DGS define a segurança de doentes como uma diminuição para um número mínimo, quer de efeitos adversos, quer de quaisquer danos que se mostrem desnecessários, como consequência de cuidados de saúde que sejam aplicados aos doentes, através da diminuição dos riscos e incidentes (DGS, 2012). A ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade, mesmo nos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas, planos e estratégias que reduzam estes incidentes, sendo que uma parte é evitável,

é reconhecida a nível internacional e nacional, como promotora de ganhos em saúde e constitui na atualidade uma aposta primordial em saúde (AR, 2021).

No contexto da segurança dos cuidados em saúde, é de realçar que os incidentes “estão intimamente ligados ao nível de cultura de segurança das instituições, e havendo evidências que demonstram que o risco da sua ocorrência aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança (...)” (DGS, 2020: p.147). É assim, de reforçar que é fundamental que sejam criados planos de segurança dos cuidados de saúde para que os mesmos sejam adotados pelas instituições de saúde, assim como pelos seus profissionais.

A segurança do doente ganhou visibilidade e passou a ser uma prioridade no âmbito das organizações de saúde, aos vários níveis, desde a gestão de topo até à prestação direta de cuidados, após a publicação, pelo Instituto de Medicina, do relatório “*To err is Human*”, pela quantificação da mortalidade associada ao erro nas organizações de saúde, enaltecendo a importância e influência dos fatores sistémicos e organizacionais nos dados apresentados (Fragata, 2011).

Desde a publicação do relatório acima referido, tem-se assistido a um movimento global focado na segurança do doente, como a criação de diversos organismos e a produção de inúmeras iniciativas de melhoria deste âmbito. A segurança é um dos conceitos que mais tem vindo a ser definido e trabalhado a nível global. A Organização Mundial de Saúde [OMS] emana em 2004 o documento *World Alliance for Patient Safety* (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004), atualizado pelo “*Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*” (OMS, 2021), visando enfatizar a segurança do doente como um objetivo estratégico, afirmação corroborada pela declaração da Comissão Europeia no seu documento *Patient Safety – Making it Happen* (Comissão Europeia [CE],2005).

A maioria destes documentos foram assumidos para a realidade nacional, culminando em Portugal, na criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD], coordenado pelo Departamento de Qualidade na Saúde da DGS (MS,2015b). Existe mais de um PNSD optamos por abordar o PNSD 2021-2026 [PNSD 21-26] por ser o mais atual.

O PNSD 21-26, refere que, *“A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua.”* (AR, 2021, p.96).

O PNSD 21-26 assenta em **5** grandes pilares, com os respetivos objetivos estratégicos, ações e metas:

Pilar 1: Cultura de segurança, em que os objetivos são: 1.1 - promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, 1.2 - avaliar a cultura de segurança, 1.3 - aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados;

Pilar 2: Liderança e governação, prevê como objetivos: 2.1 - garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições na implementação do PNSD 21-26, 2.2 - consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local;

Pilar 3: Comunicação, define como objetivos: 3.1 - otimizar a comunicação intra e interinstitucional, 3.2 - melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, 3.3 - adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador;

Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, descreve como objetivos: 4.1 - aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA, 4.2 - promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA;

Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros, enuncia como objetivos: 5.1 - implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, 5.2 - monitorizar a implementação de práticas seguras, 5.3 - reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS] e resistência aos antimicrobianos [RAM], 5.4 - promover a telessaúde segura (AR, 2021).

Perante o anteriormente referido, podemos concluir que a segurança dos cuidados de saúde é um pilar fundamental na qualidade dos mesmos. Sendo essencial a existência de políticas de segurança e melhoria contínua da qualidade por parte das instituições de saúde e dos profissionais que nelas exercem funções. Representando os enfermeiros um papel crucial no seio das equipas de saúde, é de major importância que os mesmos implementem intervenções e projetos que visem a melhoria contínua da qualidade, diminuição do erro, aumento da segurança do doente e da perceção deste aumento, devendo ser um veículo essencial para a investigação e formação, utilizando a PBE neste processo (Larrabee, 2011;).

Mais especificamente, no que aos enfermeiros especialistas diz respeito, encontramos evidente que a cultura de segurança está intrinsecamente na sua génese, sendo reforçada a prevenção de complicações nos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em PSC, no qual a OE refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2015a: p.17242). Também, no Regulamento de Competências Específicas que “tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção (...), prevenindo complicações e eventos adversos” (OE, 2018, p.19360).

Em compêndio, sabemos que para *“melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer (...) para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; (...) a utilização dos recursos seja eficiente; (...) a prestação de cuidados seja equitativa; (...) os cuidados sejam prestados no momento adequado; (...) a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas”* (DGS, 2015a, p.16).

No fomento da qualidade dos cuidados e segurança do doente a detenção de conhecimentos sólidos, fidedignos, relevantes e atuais são fundamentais. Pelo que, tendo em conta a temática deste relatório, apresentamos seguidamente um subcapítulo dedicado à fundamentação teórica sobre a Sepsis e Intervenções nesta patologia.

1.3 – INTERVENÇÃO NA SÉPSIS

A Sepsis é definida como uma disfunção orgânica com risco de vida, causada pela resposta desregulada do hospedeiro à infeção (Singer *et al.*, 2016), sendo esta definição denominada de Sepsis 3. O Choque Séptico é caracterizado como um subconjunto (progressão) da Sepsis, associado a alterações circulatórias, celulares e metabólicas particularmente profundas, que estão associadas a um maior risco de mortalidade comparativamente à Sepsis (Singer *et al.*, 2016).

Segundo dados europeus e dos EUA referentes à última década, confirma-se que a Sepsis representa um grave problema de saúde pública, sendo a sua incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], tumores da mama e colorretal (DGS, 2017b). O aumento de incidência determinou o aumento do número de mortes por sepsis, que é atualmente comparável à mortalidade por AVC e EAM (DGS, 2017b). Dados nacionais recentes permitem afirmar que o mesmo sucede em Portugal (DGS, 2017b). Os principais motivos apontados para o aumento da incidência da Sepsis são: o envelhecimento da população, o aumento da longevidade das pessoas com doenças crónicas, a crescente imunossupressão e o recurso a técnicas invasivas cada vez mais frequente (DGS, 2017b)

A nível mundial ocorrem aproximadamente 50 milhões de casos de Sepsis por ano e cerca de 11 milhões de mortes associadas a esta patologia, sendo descrito que a mesma representa 19,7% das mortes em todo o mundo (Rudd *et al.*, 2020). Em particular, o Choque séptico está diretamente relacionado com taxas de mortalidade hospitalares superiores a 40% (Singer *et al.*, 2016). Além da elevada taxa de mortalidade é de realçar que os doentes que sobrevivem à Sepsis apresentam alterações físicas, psicológicas e cognitivas a longo prazo, com implicações sociais e de saúde (Singer *et al.*, 2016).

De acordo com a DGS (2017b), em Portugal, 22% a 24% dos doentes internados em UCI derivam de Sepsis adquirida na comunidade. Estes casos estão associados a uma mortalidade

hospitalar de 38%, sendo que, em doentes que desenvolvem Choque Séptico a mortalidade atinge valores entre os 49% e os 51% (DGS, 2017b).

A Organização Mundial da Saúde [OMS] encara a Sepsis como uma questão fundamental para a saúde global, declarando que a mesma é frequentemente subdiagnosticada no estágio inicial, quando ainda é potencialmente reversível (OMS, 2017). Afirma ser fundamental priorizar ações que aumentem a consciencialização dos profissionais de saúde sobre as manifestações clínicas da Sepsis e seu tratamento, com o objetivo de melhorar o diagnóstico precoce e uma gestão clínica atempada e adequada, para facilitar os esforços relacionados com a qualidade dos cuidados aos doentes com Sepsis (OMS, 2017).

As declarações da OMS (2017), vão ao encontro das recomendações do programa “*Surviving Sepsis Campaign*” em 2016, quando emitiu as diretrizes internacionais para a gestão de Sepsis e Choque Séptico, onde é recomendado que haja nas instituições um programa de melhoria de desempenho para a Sepsis, incluindo a sua triagem (Rhodes *et al.*, 2017). A triagem da Sepsis recomendada pela SSC vai contribuir para um diagnóstico precoce, que, como refere OMS, é crucial para aumentar a probabilidade de sobrevivência, juntamente com um tratamento clínico oportuno e adequado da Sepsis (OMS, 2017).

A “*Surviving Sepsis Campaign*” [SSC], surgiu em 2002, em Barcelona, através da reunião anual entre a Sociedade de Medicina Intensiva e Sociedade de Medicina Crítica, que originou a publicação de um conjunto de definições, diretrizes e *blundes* (pacotes de intervenções). A mesma foi criada para fazer face ao aumento da incidência da Sepsis, tendo como principal objetivo reduzir a mortalidade em doentes com Sepsis e Choque Séptico (Liu, *et al.*, 2021; Rhodes *et al.*, 2017).

Assim, mediante a elevada morbilidade, mortalidade e gastos gerados nos sistemas de saúde associados à Sepsis, as diretrizes na SSC foram desenvolvidas com base nas mais sólidas evidências científicas, com o objetivo de padronizar o tratamento e reduzir a mortalidade dos doentes com Sepsis e Choque Séptico (Liu *et al.*, 2021; Neto, Almeida, Silva, Viana & Nóbrega, 2019). Tendo sido comprovado que a aplicação criteriosa das diretrizes e *bundles* emitidas pela SSC melhora significativamente o prognóstico destes doentes, com

efeito na redução de morbidade, mortalidade e tempo de internamento hospitalar (Neto *et al.*, 2019).

A *Surviving Sepsis Campaign* [SSC] descreve no seu historial que a iniciativa teve 4 fases:

Fase I: Desenvolvimento da consciência do âmbito do problema: verificaram a necessidade de existirem linhas orientadoras, que se pudessem utilizar em todo o mundo – *Guidelines*;

Fase II: Desenvolvimento e Publicação de *Guidelines*: representantes de 11 sociedades internacionais reuniram-se para debater sobre quais as melhores práticas. Em março de 2004 foram publicadas as primeiras *guidelines* para o tratamento da Sepsis;

Fase III: Implementação de *Guidelines*, Mudança de Comportamento e Coleta de Dados: A SSC foi apresentada a clínicos europeus na *Mediterranean Critical Care School* e a representantes internacionais reunidos para começar o desenvolvimento de *bundles*. Foi também iniciado o desenvolvimento de uma ferramenta de coleta de dados. Durante esta fase foram ainda publicadas a segunda edição (2008) e a terceira edição (2012) das *Guidelines*. Em 2010 uma publicação mostrou a associação da utilização de *bundles*, com uma redução de 20% no risco relativo;

Fase IV: Revigoração da Campanha: a SSC começou a incorporar os novos dados nas revisões das *guidelines* (SSC, s.d.).

A SSC desenvolve iniciativas com o objetivo de elaborar *guidelines* baseadas em evidências, implementação de programas de melhoria de desempenho, análise e publicação de dados coletados por todo o mundo (SSC, s.d.). A SSC pratica uma PBE, procurando as melhores evidências nos dados recolhidos, analisando-os e posteriormente atualiza e pública as *guidelines*. Esta prática vai de encontro ao que defende Larrabee (2011), uma prática baseada nas melhores evidências disponíveis fomentando mudanças da prática clínica de acordo com as mesmas.

A SSC foi assim publicada pela primeira vez em 2004, revista e atualizada em 2008, 2012 e 2016 (Rhodes *et al.*, 2017). O painel foi dividido em cinco secções: hemodinâmica, infeção,

metabólica, ventilação e terapia adjuvante, tendo sido analisada a evidência científica existente nestas áreas. Assim, foram emanadas 93 orientações acerca da gestão e intervenção precoce em doentes com Sepsis e/ou Choque Séptico (Rhodes *et al.*, 2017). As diretrizes fornecem ainda recomendações acerca de diagnóstico, terapia antimicrobiana, controlo do foco, terapêutica de ressuscitação com fluidos, fármacos vasoativos, corticosteroides, produtos sanguíneos, utilização de imunoglobulinas, técnicas de purificação, anticoagulantes, ventilação mecânica, prevenção de tromboembolismo venoso, analgesia e sedação, técnica de substituição renal, controle de glicose, terapêutica com bicarbonato e profilaxia de úlcera por stresse (Rhodes *et al.*, 2017).

Em 2018 a SSC procedeu a nova atualização com a criação da *Bundle* da 1ª hora (Levy, Evans & Rhodes, 2018). As diretrizes da Sepsis afirmam que esta deve ser considerada uma emergência médica, sendo que os doentes com esta patologia precisam de uma avaliação inicial urgente e detalhada, de uma reavaliação às intervenções realizadas e de tratamento urgente e adequado. Deste modo, estes doentes necessitam de uma avaliação hemodinâmica e laboratorial pormenorizada e de uma intervenção o mais rápida possível de acordo com a sua situação clínica (Levy *et al.*, 2018).

A principal mudança nas diretrizes da SSC, da revisão e nova atualização de 2018, com a criação da *Bundle* da 1ª hora, foi que, as *bundles* de 3 e 6 horas foram combinadas numa, *bundle* de 1ª hora. Com a intenção explícita de iniciar a ressuscitação e gestão imediata dos doentes com diagnóstico de Sepsis. Esta *bundle* contém as intervenções que devem ser realizadas na primeira hora após o diagnóstico da Sepsis, embora na mesma seja salvaguardado que pode ser necessária mais de uma hora para realizar todas as intervenções, é enfatizado que devem ser iniciadas o mais rapidamente possível e sem atrasos (Levy *et al.*, 2018).

A *bundle* da 1ª hora da Sepsis, publicada em 2018 foi assim construída com a intenção explícita de iniciar rapidamente o tratamento dos doentes com esta patologia, sendo composta por 5 etapas (Levy *et al.*, 2018):

1 – Medir os níveis de lactatos: realizar gasimetria arterial para avaliação do nível de lactato e reavaliação, se nível de lactato inicial for superior a 2 mmol/L.

Se o lactato inicial estiver elevado ($> 2\text{mmol/L}$), deve ser feita nova medição dentro de 2 a 4 horas, devendo a ressuscitação ser realizada com base nos valores de lactatos obtidos. Vários ensaios clínicos demonstraram uma redução significativa da mortalidade com ressuscitação orientada pelo nível lactato. O lactato sérico não é um medidor direto da perfusão tecidual, mas pode servir como substituto, pois o seu aumento representa hipóxia tecidual, servindo como marcador de hipoperfusão tecidual (Levy *et al.*, 2018).

2 – Efetuar colheita de hemoculturas antes da administração de antibióticos: as colheitas devem incluir pesquisa de agentes Aeróbios e Anaeróbios e é fundamental que sejam feitas de forma criteriosa de acordo com os protocolos das mesmas (Levy *et al.*, 2018).

A esterilização das culturas pode ocorrer minutos após a administração da primeira dose de antibiótico, pelo que a colheita de sangue deve ser feita sempre que possível antes da mesma, para otimizar a identificação de agentes patogénicos. Contudo, em caso de impossibilidade de colheita de sangue para hemoculturas, a administração de antibioterapia não deve ser retardada (Levy *et al.*, 2018).

3 – Administrar antibióticos de largo espectro, no início, sendo direcionada logo que haja uma identificação. A antibioterapia realizada inicialmente é empírica, com um ou mais antimicrobianos administrados via endovenosa, para cobrir todos os agentes infecciosos prováveis e é imperativo que seja iniciada o mais rápido possível (Levy *et al.*, 2018).

A administração precoce da antibioterapia é fundamental para um tratamento adequado e de alta qualidade aos doentes com Sepsis. Assim que existam resultados das hemoculturas, devem ser administrados antibióticos específicos para o agente identificado e os restantes em administração devem ser reduzidos (Levy *et al.*, 2018).

4 – Administração precoce de 30ml/Kg de fluidos cristaloides endovenosos na presença de hipotensão ou lactatos $> 4\text{mmol/L}$. A reanimação inicial com fluidos, para os casos acima descritos, deve começar imediatamente, sendo concluída 3 horas após o seu início (Levy *et al.*, 2018).

A ressuscitação precoce com fluidoterapia é fundamental para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela Sepsis ou Choque Séptico. Após a reanimação inicial, a administração de fluidos requer uma avaliação cuidadosa, na medida em que existem evidências de que o balanço hídrico positivo sustentado, pode ser prejudicial (Levy *et al.*, 2018).

5 – Iniciar administração de vasopressores: se o doente apresentar hipotensão, durante ou após ressuscitação com fluídos, com o objetivo de manter PAM \geq 65mmHg (Levy *et al.*, 2018).

A restauração da pressão de perfusão adequada aos órgãos vitais é parte fundamental da ressuscitação e nunca deve ser atrasada ou protelada (Levy *et al.*, 2018).

A identificação precoce e o tratamento imediato e adequado, nas horas iniciais após o desenvolvimento de Sepsis, é primordial para melhorar os resultados na medida em que está associada a uma diminuição da morbimortalidade e custos a nível hospitalar (Levy *et al.*, 2018). Segundo Kumar *et al* (2009), a cada hora de atraso na administração de antibioterapia apropriada há uma redução de 7,6% na probabilidade do doente com Sepsis sobreviver.

Numa reunião de especialistas promovida pela OMS, Reinhart conclui que a Sepsis é uma das principais causas de mortes evitáveis em hospitais, mas a sua gestão só pode ser aprimorada se a conscientização do problema for aumentada. A Aliança Global para a Sepsis revela que existe uma grande lacuna no conhecimento da Sepsis em todos os níveis, havendo por esse motivo a necessidade de melhorar o reconhecimento e o tratamento precoce (Reinhart, 2018). Este especialista refere ainda que a Sepsis tem também um impacto económico, uma vez que é uma das principais causas do aumento dos custos médicos. Na mesma reunião outro especialista refere ter sido demonstrado que a adesão às *bundles* (pacotes de intervenções) pode reduzir a mortalidade por Sepsis em 20% (Antonelli, 2018).

Existe ainda uma lacuna na implementação efetiva das diretrizes e *bundles* para a Sepsis, nomeadamente no que se refere ao cumprimento dos tempos de intervenção preconizados após o diagnóstico de Sepsis (Liu *et al.*, 2021). A criação de protocolos institucionais, baseadas nas recomendações da SSC, promove uma melhor e maior adesão às mesmas e permite estabelecer

procedimentos mais eficazes e condutas de trabalho otimizadas. (Pedrosa, Oliveira & Machado, 2018; Liu *et al.*, 2021).

Neste sentido, uma das recomendações emitidas pela SSC é que os hospitais e sistemas hospitalares tenham um programa de melhoria do desempenho para a Sepsis, incluindo a triagem e referenciação da Sepsis para doentes com doença aguda grave e alto risco (Rhodes *et al.*, 2017). Em Portugal, em 2010, a DGS emitiu uma circular normativa, decretando que todos os Hospitais de Nível 2 (com UCI) desenvolvam e implementem um protocolo de Via Verde Sepsis [VVS]. Em 2016, com a norma 010/2016, atualizada em 2017, referente à VVS, a DGS volta a declarar ser imperativo e emergente a criação de estratégias para implementação de medidas de deteção e atuação em casos suspeitos de Sepsis (DGS, 2017b).

Nesta norma podemos encontrar os critérios de ativação da VVS, que auxiliam os enfermeiros aquando da realização da triagem. Os mesmos são divididos em 2 tipos: **critérios de presunção de infeção** e **critérios de inflamação sistémica** (DGS, 2017b).

Para se considerar um acaso suspeito de Sepsis e ativar a VVS, o enfermeiro deverá verificar que o doente apresenta pelo menos um **critério de presunção de infeção** e em simultâneo um critério de **suspeita de inflamação sistémica**, assim como a ausência de **critérios de exclusão**. Perante a suspeita, o médico deve confirmar a presença de Sepsis/Choque Séptico através da existência de um ou mais **critérios de gravidade** (DGS, 2017b).

Estamos perante os **critérios de presunção de infeção**, quando existe alteração da temperatura ($>38,3^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$) associada a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Cefaleia;
- Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência;
- Dispneia ou tosse;
- Icterícia;
- Dor abdominal (distensão ou diarreia);
- Disúria ou polaquiúria;
- Dor lombar;

- Sinais inflamatórios cutâneos extensos (DGS, 2017b).

Os **critérios de inflamação sistêmica** são:

- Confusão e/ou alteração do estado de consciência;
- FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado;
- FR > 22 ciclos por minuto (DGS, 2017b).

Os **critérios de exclusão** da VVS, são:

- Gravidez;
- Insuficiência cardíaca congestiva descompensada / Síndrome coronário aguda;
- Doença cerebrovascular aguda;
- Hemorragia digestiva ativa;
- Estado de mal asmático;
- Politrauma / Grandes queimados;
- Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica (DGS, 2017b).

(Estas situações previstas também carecem de atendimento precoce, mas a VVS não será a melhor via de obterem o tratamento diferenciado que necessitam.)

A Sepsis continua a ser, internacionalmente, uma condição complexa, com altas taxas de mortalidade e elevado uso de recursos associados. O que torna o seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequado, uma área de prioridade global, com foco para os cuidados intensivos, onde esta patologia representa uma das maiores causas de internamento e mortalidade (Kleinpell, Blot, Boulanger, Fulbrook & Blackwood, 2019).

O enfermeiro possui o papel central no seio da equipa multidisciplinar, quer ao nível do diagnóstico precoce, quer ao nível do tratamento atempado e adequado, como também na vigilância e monitorização de alterações nos doentes com Sepsis. Sendo fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos sólidos acerca Sepsis, dos seus sinais e sintomas, bem como das intervenções a realizar, com base nas diretrizes e *bundles* internacionais e nacionais,

visando contribuir de forma ativa para uma prestação de cuidados de qualidade a estes doentes (Levy *et al.*, 2018; Liu *et al.*, 2021).

O conhecimento e empoderamento dos enfermeiros promovem a cooperação interdisciplinar, o diagnóstico precoce, a implementação eficaz e correta das *bundles* da sepsis e o desenvolvimento de estratégias de monitorização dos doentes, aumentando a eficiência e qualidade dos cuidados, a satisfação dos enfermeiros e contribuindo para a redução de erros (Branco, Lucas, Marques & Sousa, 2019; Liu *et al.*, 2021; Neto *et al.*, 2019).

Para uma prestação de cuidados adequada, atempada e de qualidade aos doentes com Sepsis, é também fundamental que os enfermeiros desenvolvam habilidades relativamente ao planeamento e implementação das intervenções, que devem ter em conta aspetos como o estabelecimento de prioridades de acordo com as diretrizes para o tratamento da Sepsis e Choque Séptico e a situação clínica de cada doente (Levy *et al.*, 2018; Liu *et al.*, 2021). Por fim, realça-se também a importância do papel dos profissionais de enfermagem, em particular na UCI, em avaliar, reavaliar e monitorizar de forma permanente e criteriosa os doentes com Sepsis, através de uma abordagem holística permanente e pormenorizada, com foco para a resposta às intervenções realizadas e sinais de deterioração clínica (Levy *et al.*, 2018).

Em conformidade com o declarado pela OMS, DGS e SSC, vários estudos referem de forma enfática que o diagnóstico precoce da Sepsis é determinante para o sucesso do tratamento e melhoria do prognóstico dos doentes, na medida em que permite um tratamento rápido e atempado, sendo destacado que o enfermeiro assume um papel crucial nesse diagnóstico (Branco *et al.*, 2019; Kleinpell *et al.*, 2019; Lelis, Amaral & Oliveira, 2017; Neto *et al.*, 2019). Os estudos indicam que há um aumento considerável da mortalidade destes doentes, quando a deteção e, conseqüentemente o tratamento, são iniciados numa fase mais tardia (Kleinpell *et al.*, 2019), sendo destacado que a identificação precoce da Sepsis pelos enfermeiros contribui para melhores *outcomes* para os doentes (Branco *et al.*, 2019).

O enfermeiro exerce um papel fulcral na adesão e aplicação atempada e adequada às recomendações internacionais para diagnóstico e tratamento da Sepsis na medida em que a maioria das intervenções preconizadas é realizada pelo mesmo, o conhecimento e adesão por parte dos enfermeiros a essas linhas orientadoras reflete-se fortemente na melhoria do

prognóstico e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com Sépsis (Kleinpell *et al.*, 2019; Lelis *et al.*, 2017; Neto *et al.*, 2019).

Destaca-se também, o papel fundamental do enfermeiro na coordenação da comunicação e na transmissão de conhecimentos e informações sobre o doente, entre a equipa multidisciplinar, o que contribuiu de forma relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente com Sépsis, permitindo agilizar a realização das intervenções necessárias e potencializar uma prestação de cuidados mais atempada, adequada e individualizada (Branco *et al.*, 2019; Kleinpell *et al.*, 2019; Lelis *et al.*, 2017). Ao invés, a falta de comunicação pode atrasar o diagnóstico e respetivo tratamento (Branco *et al.*, 2019). O enfermeiro possui ainda um papel central na comunicação com o doente e família, no sentido de transmitir informações sobre a Sépsis e tratamento, tornando o doente e família mais informados e conscientes, o que potencializa a qualidade e humanização dos cuidados (Branco *et al.*, 2019; Kleinpell *et al.*, 2019).

Nos cuidados intensivos, em particular, é a equipa de enfermagem que está permanentemente junto do doente crítico com Sépsis, o que lhe confere um papel de destaque na monitorização do mesmo. É fundamental que o enfermeiro, como elo de ligação entre o doente e os restantes elementos da equipa multidisciplinar (designadamente o clínico responsável pelo doente), faça a comunicação imediata das alterações detetadas, promovendo a discussão interdisciplinar e a implementação de medidas de acordo com o estado clínico do doente o mais precocemente possível, contribuindo muito relevantemente para a melhoria da qualidade dos cuidados e prognóstico dos doentes críticos com Sépsis (Branco *et al.*, 2019).

No que se refere ao papel dos profissionais de enfermagem no diagnóstico e tratamento dos doentes com Sépsis e Choque Séptico, com base na pesquisa bibliográfica e *Scoping Review* realizadas, pode concluir-se em suma que: a intervenção dos enfermeiros, perante os doentes com Sépsis, é indispensável no seio da equipa multiprofissional, sendo que a maioria das intervenções preconizadas são realizadas pelos mesmos que assumem o papel fundamental como elo de ligação entre o doente, equipa de saúde e família. Contribuindo de forma bastante efetiva para um diagnóstico e tratamento mais atempado, adequado, individualizado e humanizado. Pela sua atuação, o enfermeiro contribui de forma ativa e relevante para a eficaz melhoria da qualidade dos cuidados e conseqüentemente para um melhor prognóstico dos

doentes com Sepsis. Apostar na formação dos enfermeiros e na criação de protocolos institucionais de atuação perante suspeita e diagnóstico de Sepsis, pode contribuir de forma fortemente positiva para atingir uma crescente excelência dos cuidados a estes doentes.

Foi com base neste referencial teórico que desenvolvemos o nosso Projeto de Intervenção, sendo que o mesmo serviu também de base para promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC com Sepsis no serviço onde realizamos o estágio final. No seguinte capítulo faremos a descrição da UCI onde realizamos o estágio bem como das atividades desenvolvidas no decorrer do mesmo com foco no PIS.

2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

A realização do estágio final é a penúltima etapa do Mestrado e está inserida na UC Estágio Final, sendo que, as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo são o foco principal do presente relatório.

De forma a descrever e analisar o percurso desenvolvido ao longo do estágio final, que foi crucial para a aquisição e desenvolvimento das competências de EE e de Mestre e Enfermagem, torna-se primordial efetuar a caracterização do local onde o mesmo decorreu, bem como descrever as principais atividades desenvolvidas, com foco para Projeto de Intervenção em Serviço [PIS], descrevendo as diferentes etapas e atividades realizadas aquando o desenvolvimento do mesmo.

O referido PIS, surge com vista a alcançar um objetivo da UC Estágio Final bem como à aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro EMC-PSC e competências de Mestre em Enfermagem. Salienta-se que a realização do mesmo foi suportada numa *Scoping Review* (Apêndice III), com base na evidência científica recente, na Metodologia de Projeto [MP] (Ferrito, Ruivo & Nunes) e no MMPBE de Larrabee (2011).

Assim, neste segundo capítulo, iremos primeiramente fazer uma breve descrição da UCI onde realizámos o estágio final, em termos de estrutura física e recursos materiais e humanos, seguindo-se a exposição completa e pormenorizada das diferentes etapas do PIS desenvolvido durante a realização do estágio Final.

2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL DO ALENTEJO

A UC estágio final realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] de uma unidade hospitalar do Alentejo que oferece cuidados de saúde diferenciados numa área geográfica que integra aproximadamente um total de 498.804 habitantes (Hospital, 2021a).

A instituição onde se realizou o estágio tem como valências disponíveis, para além da UCIP: SU, Serviço de Nefrologia, Serviço de Gastroenterologia, Bloco Operatório, Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo (CRICA), onde existem duas salas de angiografia a funcionar durante 24/h por dia, Serviço de Cardiologia onde está integrada a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Unidade de AVC, a especialidade de Hematologia, Unidade de Radioterapia, Serviço de Anatomia Patológica tipo II, Serviço de Pediatria, de Neonatologia, Serviço de Obstetrícia, dois Serviços de Cirurgia Geral, Serviço de Imagiologia, entre outros. No ano de 2020 foi criada a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (Hospital, 2021a).

Devido à situação excecional causada pela pandemia por SARS-CoV-2, o hospital viu-se envolvido numa mudança a nível organizacional e de instalações físicas com a criação de novos internamentos direcionados a estes doentes, tal como a fundação de uma nova UCI (UCI COVID), que fica em local e piso diferente da UCIP (Hospital, 2021a).

A medicina intensiva dá enfoque à prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes com estados fisiopatológicos que envolvam ameaça ou falência de uma ou mais funções vitais, possivelmente reversíveis. Trata-se de uma área diferenciada e multidisciplinar que tem como objetivo primário sustentar e recuperar as funções vitais dos doentes, concebendo condições para o tratamento da doença e, dessa forma, impulsionar a qualidade de vida futura dos mesmos (Hospital 2021b).

A OE (2019b) salienta que a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos remete para a existência de três níveis de classificação das UCI, nível I, II e III. A UCI onde realizamos o estágio final classifica-se como uma unidade de nível II, uma vez que, tem capacidade para monitorização invasiva e suporte de funções vitais, podendo, ocasional ou de forma

permanente, não garantir o acesso a algumas áreas médico-cirúrgicas especializadas (cirurgia cardiotorácica, neurocirurgia, cirurgia vascular) e a meios de diagnóstico, tendo necessidade de se articular com unidades de nível superior (OE, 2019b). Ainda segundo o mesmo Decreto-Lei da OE, numa UCI de nível II é aconselhado um rácio enfermeiro/doente de 1/2, sendo que a UCI onde realizamos o estágio respeita o recomendado.

A UCIP integra-se no departamento de urgência/emergência. É um serviço provido de instalações, profissionais e equipamentos capazes de assegurar um eficaz tratamento ao doente crítico e/ou em falência orgânica. Permite proporcionar ao doente cuidados holísticos de excelência por pessoal especializado e apoiado por tecnologia avançada, permitindo reduzir a mortalidade e morbilidade, prevenir incapacidades e proporcionar uma recuperação rápida aos doentes e com o acompanhamento profissional necessário a cada situação clínica (Hospital, 2021b).

De acordo com Hospital (2021b), os objetivos da UCI são:

- - Facultar ao doente em condição crítica, cuidados de saúde distintos, defendendo altos padrões técnico-científicos e com eficiente gestão de recursos, pelo que visa, assegurar a vida do mesmo através da proteção e suporte provisório de funções vitais, em doentes cirúrgicos, traumatológicos e do foro médico, com condições clínicas que comprometam a vida e que sejam provavelmente reversíveis. Quando tal situação não se verifica, e durante o processo terapêutico se confere uma irreversibilidade clínica, optando-se pela não implementação de medidas de suporte artificial, a missão desta unidade traduz-se em conceber ao doente uma morte digna e sem sofrimento compreendendo cuidados de conforto ao doente, família/cuidador. Aos doentes que apresentam uma evolução clínica favorável, opta-se por promover cuidados especializados de reabilitação, de modo a dar início a um processo de recuperação da sua situação clínica.
- - Organizar e promover sistemas que possibilitem melhorar a assistência ao doente crítico fora da unidade, juntamente com outros serviços do hospital.
- - Favorecer a formação contínua para a prevenção da evolução da doença crítica.
- - Promover a formação pós-graduada em cuidados intensivos para garantir cuidados de qualidade (Hospital, 2021b).

Em termos tecnológicos a UCIP comporta: monitorização hemodinâmica invasiva, Ventilação Mecânica Invasiva [VMI] e Ventilação Não Invasiva [VNI], maquinaria para técnicas de substituição renal, toda a medicação necessária para administração ao doente, bem como para nutrição entérica e parentérica.

Existe um grande foco e preocupação no que se refere ao controlo da infeção relacionado aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, à avaliação e melhoria contínua da qualidade, à humanização dos cuidados e à formação contínua na área intensiva dos profissionais que nela trabalham.

Após o término do estágio, considerando-se importante para o presente relatório consultou-se o relatório de atividades do ano de 2021, concedido pela enfermeira gestora e diretor clínico da unidade.

No referido ano, foram admitidos na UCI 309 doentes, apresentando uma média de hospitalização de 7,55 dias e uma percentagem de ocupação de 73,56%. A tipologia de doentes internados na unidade é variada e compreende doentes do foro médico, cirúrgico, politraumatizado e cardíaco/coronário. Assim sendo prestaram-se cuidados a 177 doentes do foro médico, 95 doentes cirúrgicos, 18 doentes politraumatizados e 11 doentes com diagnóstico médico coronário.

Com a análise dos dados disponibilizados podemos salientar que, relativamente aos doentes cirúrgicos em situação crítica, 16 dos doentes internados foram submetidos a pós-operatórios cirúrgicos eletivos e 79 doentes a pós-operatórios urgentes.

Quanto à taxa de mortalidade da UCI foi de 26,55% (77 doentes) no referido ano.

È também fundamental descrever a UCI em termos dos recursos físicos e materiais, para melhor compreender o contexto em que desenvolvemos o estágio, pelo que se segue essa mesma descrição.

2.1.1.– Estrutura Física e Recursos Materiais

A UCIP encontra-se localizada junto ao Bloco Operatório e Serviço de Cirurgia dispendo de fácil acessibilidade ao SU, Patologia Clínica e Imagiologia, o que se considera uma mais-valia nas transferências dos doentes em situação crítica de forma célere e em segurança.

Trata-se de uma unidade que sofreu obras de remodelação no ano de 2019, visando a ampliação e reestruturação do serviço, aumentando a sua capacidade de cinco para oito camas, conseguindo desta forma dar uma maior resposta às necessidades de internamento da zona geográfica. Atualmente a lotação total é de oito camas, sendo que uma delas é o quarto de isolamento.

Como áreas operantes a unidade dispõe de uma zona de trabalho com todo o material de farmácia, de consumo clínico necessário à preparação de terapêutica e aparelho de para leitura de gasimetrias; uma sala de sujos, destinada aos resíduos hospitalares, roupa suja, material de limpeza e produtos de desinfeção; uma copa; um arsenal onde se encontra material diverso de consumo clínico necessário à prática de cuidados; um gabinete médico e de enfermagem; diversos armários onde se acondiciona roupa limpa e dispositivos esterilizados; uma zona central à unidade, em *open space*, que funciona como local para registos e vigilância dos doentes pela equipa de enfermagem, dando acesso visual a todos os doentes e monitores, respeitando as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] publicadas no ano de 2013, onde se salienta que: as UCI devem ser organizadas em áreas abertas (ACSS, 2013); um zona de vestiário com sanitários e área de duche para uso dos profissionais; sala de repouso/acolhimento às visitas; um hall de entrada onde se encontra um espaço para a administrativa da unidade e também armários para acondicionamento de material de consumo clínico de reposição por níveis.

Relativamente à unidade do doente, está equipada com uma cama articulada, uma coluna elétrica, um ventilador, um monitor multiparâmetros, dispositivos para colocação de perfusões endovenosas, bomba de infusão para alimentação entérica, suportes para suspensão de soros, entradas para fornecimento de oxigénio e ar comprimido, rampas de aspiração e material essencial à prestação de cuidados. A preparação da unidade do doente é guiada e uniformizada por uma *checklist* orientadora que se encontra em protocolo na UCIP.

Ainda a destacar que, a UCIP também está equipada e disponibiliza todo o material necessário à prestação de cuidados ao doente crítico do foro médico-cirúrgico, tais com, carro de emergência; monitor desfibrilhador; monitores cardíacos; equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva; material esterilizado necessário à execução dos diferentes procedimentos; um tabuleiro previamente preparado com o material para Entubação Orotraqueal [EOT]; máquinas de técnicas dialíticas contínuas e técnicas dialíticas intermitentes; ventiladores não invasivos; equipamentos de oxigenoterapia de alto fluxo; dispositivos de compressão pneumática intermitente dos membros inferiores; sistemas de aquecimento por lençol de ar quente; um sistema de transporte pneumático para envio de colheitas diretamente ao laboratório.

Para além das instalações descritas, que correspondem à UCIP, para dar resposta à pandemia por SARS-CoV-2, foi criada uma UCI para doentes críticos com COVID-19, que é constituída por uma sala *open space* com lotação para quatro camas + um quarto de isolamento e ainda seis camas em quartos que pertencem de momento à Unidade de Cuidados Intermédios. A mesma encontra-se num piso superior ao da UCIP. A equipa multidisciplinar da UCIP é a mesma que dá resposta à UCI COVID (pelo que no decorrer do estágios realizamos turnos em ambos os locais).

No que diz respeito ao período de visitas para os doentes internados na UCIP, antes da pandemia por SARS-CoV-2, decorria entre as 15:00h - 15:30h e entre 19:00h - 19:30h, sendo permitido um máximo de três visitas por doente, entrando uma de cada vez na unidade. Atualmente são previamente agendadas por forma a não haver contato entre visitas dos diversos doentes internados, para além disso, neste momento apenas é permitida uma pessoa de referência por doente, indo assim ao encontro da circular nº 39 do Hospital (2021c). Os visitantes antes de entrarem na unidade devem vestir bata, usar máscara e fazer a correta desinfecção das mãos. A família pode obter informações dos doentes por contato telefónico, através de linha direta, todos dos dias entre as 10h e as 21h, sendo fornecidas por enfermeiro ou por médico, de acordo com as suas competências. De salientar que a UCIP possui um guia de acolhimento às visitas com normas e deveres.

Descrita a UCIP em termos organizacionais, estruturais e no que se refere a recursos materiais, que é fundamental para compreender o contexto onde o estágio foi desenvolvido,

segue-se a essencial descrição da mesma em termos dos recursos humanos existentes, sua dinâmica e organização.

2.1.2 – Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar da UCIP é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, uma administrativa e uma equipa pertencente a uma empresa de limpeza. Existe ainda a colaboração com outros profissionais tais como: fisioterapeuta, assistente social, dietista, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, anestesista e serviço religioso, que se deslocam ao serviço quando necessário e sempre que solicitados. A referir que são vários os serviços de apoio ao doente internado em UCI, tais como, farmácia, armazém, esterilização, bloco operatório, imagiologia e laboratório. Sendo que algumas das especialidades que colaboram com a UCI, em caso de necessidade, são: pneumologia; gastroenterologia; cirurgia geral; cirurgia cardiotorácica, entre outras.

A equipa médica da UCIP é constituída por um diretor clínico, oito médicos efetivos a tempo inteiro e quatro médicos externos que fazem bancos a tempo parcial.

A equipa de enfermeiros da UCIP é formada por quarenta e cinco profissionais de enfermagem, uma enfermeira responsável e um enfermeiro de apoio à gestão. De todos os enfermeiros pertencentes à equipa, nove são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC] sendo que, três possuem o título de mestre, quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação sendo que, três têm o mestrado, os restantes enfermeiros são detentores de licenciatura em enfermagem em cuidados gerais.

Já a equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e sete profissionais.

Devido à pandemia por SARS-CoV-2, a equipa pela qual era constituída a UCIP foi ampliada e reestruturada, nomeadamente a equipa de enfermagem. A grande maioria dos enfermeiros que se encontram a exercer funções na UCIP são enfermeiros de cuidados gerais (71%). No que concerne à constituição deste grupo profissional por especialistas em EMC-PSC, a OE (2019b) recomenda que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], preferencialmente na vertente da PSC, em permanência de 24 horas “devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (OE, 2019b, p. 145).

Atualmente a UCI onde o estágio decorreu, não vai de encontro às recomendações da OE, uma vez que a equipa apenas é constituída por 20% de enfermeiros especialistas em EMC-PSC. Esta situação, deve-se em grande parte, à necessidade excepcional de contratação rápida de enfermeiros devido à pandemia, para dar resposta ao aumento do número de camas devido à criação da UCI COVID.

Os enfermeiros e assistentes operacionais trabalham no sistema de “*roullement*” (trabalho por turnos). Ainda devido à pandemia por SARS-CoV-2, os horários destas duas categorias profissionais foram reestruturados sendo que, os turnos passaram de 8 horas para 12 horas, divididos em turno da manhã (8 horas-20:30 horas) e turno da noite (20 horas-8:30 horas). Habitualmente, no turno da manhã encontram-se escalados 8 enfermeiros, a enfermeira responsável do serviço e cinco assistentes operacionais. O turno da noite é constituído por sete enfermeiros e quatro assistentes operacionais. Em cada turno encontra-se um enfermeiro destacado como responsável o qual é determinado pela categoria profissional (enfermeiro especialista) e/ou pelo tempo de exercício profissional no serviço. Para dar resposta aos doentes internados em UCI por COVID-19, todos os turnos são definidos os elementos que ficam escalados à prestação de cuidados destes doentes na unidade criada.

O método de trabalho dos profissionais de enfermagem, instituído na UCIP, é o método individual de trabalho. Os doentes normalmente são distribuídos por camas a cada um dos enfermeiros, sendo estes responsáveis por todos os cuidados dirigidos ao doente e/ou família que lhe é atribuído.

Diariamente com recurso ao método de trabalho individual a distribuição dos doentes pelos enfermeiros é realizada de acordo com a especificidade de cuidados de cada doente.

Os registos de enfermagem são feitos em formato de papel em folha própria, sendo que a mesma é dividida em varias partes, com áreas específicas para escrever os diferentes tipos de registos num dos lados, tal como os registos da monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva; do estado neurológico do doente através da utilização da Escala de Coma de Glasgow (Abertura Ocular, Resposta Verbal e Resposta Motora); do padrão e características ventilatórias e adaptação a prótese ventilatória (quando sujeitos a VMI ou VNI); grau de sedação, quando doente sob sedoanalgesia, baseada na escala de RASS3 (Escala de Agitação e

Sedação de *Richmond*); débito urinário e balanço hídrico; de resíduo gástrico em doentes entubados naso/oro gastricamente com alimentação entérica em curso; de drenagens abdominais e torácicas; uma área específica onde era colocada toda a medicação prescrita e administrada ao doente, entre outros. Sendo o outro lado da folha dedicado às notas de enfermagem propriamente ditas.

A transação dos cuidados na passagem de turno é feita com base na folha de registos de enfermagem. O enfermeiro responsável por cada doente transmite a informação relativa ao mesmo a toda a equipa de enfermagem, com foco principal para a colega que irá ficar responsável pelo mesmo no turno seguinte. Para cada doente é descrito o diagnóstico médico do motivo de internamento na unidade, a história clínica do doente em termos de antecedentes pessoais e situação clínica inicial que levou à necessidade de transferência para a UCI. Posteriormente são transmitidos os dados mais relevantes dos últimos 2 turnos e por fim segue-se a passagem pormenorizada de toda a informação relativa ao turno anterior (no qual estivemos responsáveis pela prestação de cuidados ao doente), como base em toda a informação presente na folha de enfermagem incluindo a nota de enfermagem.

2.2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

As exigências na prática clínica dos enfermeiros tendem a ser constantes, impondo a estes profissionais, um nível de diferenciação e especialização mais complexo e rigoroso, assente numa estrutura académica e profissional devidamente regulamentada, das quais alieia um denominador comum: o conhecimento (Nunes, 2016).

Inserido no mestrado em enfermagem, no âmbito da unidade Curricular Estágio Final, como objetivo e meio de avaliação, está contemplando o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço [PIS]. Materializar um projeto de intervenção em saúde, requer em primeira instância planificar, recorrendo à identificação de um problema com necessidade de intervenção, considerando os recursos disponíveis e indo de encontro aos objetivos da instituição (Tavares, 1990). Desta forma, o PIS será desenvolvido acerca de um tema real da prestação de cuidados e de pertinência para a instituição e serviço onde se desenvolve o

estágio, com o objetivo de culminar em ganhos efetivos para os mesmos e na melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes.

O termo *projecto* deriva do latim *pojectare* e significa lançar para a frente. O projeto é um plano de trabalho que se centra e organiza, fundamentalmente, no estudo e resolução de um problema (Ferrito *et al.*, 2010). Ainda segundo os mesmos autores, o trabalho de projeto é uma metodologia que incorpora um conjunto de técnicas e procedimentos para estudar um aspeto da realidade. Centra-se na investigação, análise e resolução de problemas e permite prever, orientar e preparar o caminho que se irá desenvolver ao longo da sua realização (Ferrito *et al.*, 2010).

A realização deste PIS terá por base a Metodologia de Projeto [MP], que segundo Ferrito *et al.* (2010), é baseada numa investigação com foco na análise e resolução de um problema real identificado e na criação e utilização de estratégias para sua resolução. É constituída por um conjunto de ações e estratégias com o objetivo de antecipar, planear e finalizar o processo de transformação e resolução de problemas. Determina as ações que devem ser realizadas e como e quando devem ser implementadas. Estabelece assim, uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é a investigação e o conhecimento teórico, que posteriormente terá uma aplicação prática (Ferrito *et al.*, 2010).

A MP é constituída por as seguintes etapas: **diagnóstico da situação**, que inclui identificação do problema e definição de objetivos; **planeamento** de atividades, recursos e estratégias; **execução** do projeto delineado; **avaliação** e **divulgação de resultados** obtidos (Ferrito *et al.*, 2010).

A MP assenta em pressupostos idênticos ao MMPBE, na medida em que ambos se baseiam numa premissa comum de resolução de problemas e no paralelismo entre a investigação, a teoria e a prática (Ferrito *et al.*, 2010). Ambas promovem mudanças fundamentadas na prática clínica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste capítulo irá ser realizada uma descrição detalhada, das estratégias e atividades realizadas em cada uma das fases do PIS desenvolvido na UCIP já anteriormente caracterizada.

2.2.1 – Diagnóstico da Situação

O **diagnóstico da situação** é a primeira etapa da MP, que, segundo Ferrito *et al.* (2010, p.10), consiste na “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada”, visando descrever a realidade sobre a qual se pertence atuar e alterar, é um processo contínuo “no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respectivos serviços (...)” (p.10). É um processo dinâmico, sendo que a caracterização da situação é contínua e pode sofrer atualizações (Ferrito *et al.*, 2010). Nesta fase, devemos recorrer à análise dos problemas e necessidades da população, sendo que problema determina um déficit, e a necessidade remete para a diferença da realidade atual e a se deseja alcançar (Tavares, 1990).

A fase de diagnóstico da situação tem como principal objetivo a construção da descrição da realidade acerca da qual vai incidir o trabalho a desenvolver, sendo um processo que requer alterações e mudanças ao longo da realização do projeto de intervenção, identificando possíveis dificuldades que possam ocorrer ao longo do mesmo (Ferrito *et al.*, 2010).

O diagnóstico de situação, converge para a primeira etapa do MMPBE descrito por Larrabee (2011), na medida que pretende identificar e validar a necessidade de mudança da prática, através da recolha de dados atuais com posterior comparação com dados externos.

Em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que se tornará possível começar a atuação (Imperatori & Giralde, 1993). O diagnóstico da situação tem um papel justificativo das ações realizadas e funciona como um meio que permite realizar a comparação entre o momento da avaliação inicial e o momento após a implementação das intervenções, levando assim a que seja possível avaliar o sucesso das mesmas (Ferrito *et al.*, 2010).

No âmbito dos cuidados de saúde, o diagnóstico da situação deve incluir, com base numa boa colheita de informação, uma análise das necessidades da população a fim de desenvolver estratégias e ações que vão ao encontro das mesmas e sejam adequadas ao contexto e recursos

disponíveis. Implica a identificação do problema e a determinação das necessidades, prioridades e objetivos (Ferrito *et al.*, 2010).

A identificação do problema constitui a primeira fase desta etapa do projeto e é fundamental que envolva uma recolha aprofundada de informação, de natureza objetiva e qualitativa e ainda uma avaliação da qualidade e pertinência do problema (Ferrito *et al.*, 2010).

Como refere Ferrito *et al.* (2010, p.16), para “identificar as necessidades de saúde alteradas, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros.”. Assim, para identificação e validação do problema, existem vários métodos usados na prática clínica, que irão servir de instrumentos de diagnósticos. Para a realização desta fase do PIS recorreremos à observação, a entrevistas e por último, após termos chegado a um tema que reunia consenso, procedemos à análise de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) [SWOT] (Kodolitsch *et al.*, 2015).

A “(...) entrevista é um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou necessidades, e até de maior conhecimento sobre as pessoas (...)” (Ferrito *et al.*, 2010, p.14). De acordo com Vilelas (2017), as entrevistas são um método exploratório e constituem uma forma específica de interação social que tem como objetivo a recolha de dados para uma investigação. Estas podem ser estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturadas. O tipo de entrevistas utilizadas na realização deste PIS foram as não estruturadas.

Ferrito *et al* (2010, p. 13), refere que a observação do contexto, população e atividades permite “(...) observar os comportamentos diretamente, podendo ser registada a sua frequência, duração, intensidade e condições de ocorrência.”. Nesta fase no PIS foi utilizada a observação com recurso a diversos registos aquando a mesma, para melhor consolidação e posterior análise dos dados recolhidos.

Compreendendo as características desta fase, iniciámos a nossa intervenção com a realização de uma entrevista não estruturada em conjunto com a Enfermeira Chefe e a enfermeira Orientadora, onde inicialmente propus como tema para o PIS os cuidados de enfermagem ao doente com ventilação mecânica invasiva em decúbito ventral, por ser um

tema do meu interesse e que se tornou ainda mais pertinente e atual no contexto da presente pandemia por SARS-CoV-2. Contudo a enfermeira chefe referiu que já existia um grupo de trabalho no serviço a desenvolver o tema pelo que seria mais pertinente abordar outra temática.

Na mesma entrevista, com o intuito de identificar as necessidades do serviço juntos de ambas, questionámos sobre a existência de áreas/temas que gostariam de ver desenvolvidos na UCIP no âmbito do projeto. A Enfermeira Orientadora sugeriu a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, ao que a enfermeira chefe referiu também já existir um grupo de trabalho a desenvolver o tema. A Enfermeira Chefe relatou de momento não ter nenhum tema a sugerir. Ficou assim acordado entre nós que iríamos ambas analisar outros temas que pudessem ser pertinentes e marcaríamos posterior entrevista.

Tendo em conta os resultados obtidos na entrevista acima descrita e com o objetivo de complementar o processo de diagnóstico e levantamento de necessidade, primeiro consultamos a documentação existente no serviço a fim de compreender os temas que já estavam a ser desenvolvidos, como o intuito de não ir de encontro aos mesmos. Em seguida, com recurso ao método observacional, no decorrer de aproximadamente 2 semanas observamos e registamos os diagnósticos mais comuns dos doentes internados no serviço, as intervenções diferenciadas mais realizadas e a atuação/prestação de cuidados da equipa em vários momentos e situações, focando nas admissões e períodos de maior instabilidade dos doentes. Com base numa avaliação dos registos acima descritos, elaborei então a lista de temas que me pareceram pertinentes e para os quais sabia não existir documentação de orientação de boas praticas no serviço.

Para contextualizar, o serviço e o hospital encontram-se num período de várias mudanças causadas pelo contexto da pandemia por SARS-CoV-2, que vivemos atualmente e ainda pela implementação de novos sistemas de registos de enfermagem a nível informático, em que a enfermeira chefe da UCIP está envolvida, pelo que, a sua disponibilidade é reduzida. Desta forma, mesmo sabendo à partida que a mesma não tinha temas para me sugerir, agendamos nova reunião para discutirmos a lista que tinha elaborado.

Assim, mais uma vez com recurso ao método da entrevista não estruturada, apresentámos à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora os seguintes temas a fim de obter a sua opinião e validação:

- Procedimentos no manuseamento e manutenção do cateter de dialise;
- Procedimentos no manuseamento e manutenção da linha arterial;
- Procedimentos associados à prevenção da infeção do local cirúrgico;
- Intervenções/atuação à PSC com Sepsis/Choque Séptico;

Desta entrevista sobressaiu como temática de interesse muito pertinente e atual, as **intervenções/atuação à PSC com Sepsis/Choque Séptico**. Os aspetos discutidos que definiram a relevância do tema referido foram:

- Elevada incidência de doentes com Sepsis/Choque Séptico no serviço, dado este que foi referido por ambas e que constatei empiricamente com recurso à observação e registo dos diagnósticos dos doentes internados nesta UCIP;
- Inexistência, no serviço, de qualquer documento informativo e orientador de boas práticas sobre a prestação de cuidados à PSC com Sepsis/Choque Séptico, (sendo que a existência de protocolos de atuação é fundamental para a qualidade da prestação de cuidados);
- Estar a iniciar-se no Serviço de Urgência [SU] do hospital a implementação da via verde sepsis [VVS], e o facto do destino mais comum destes doentes ser a UCI. A implementação da VVS, tem por base a circular normativa que a DGS emitiu em 2010, decretando que todos os Hospitais de Nível 2 (com UCI) desenvolvam e implementem um protocolo de VVS, bem como em 2016, com a norma 010/2016, atualizada em 2017, referente à VVS, a DGS voltar a declarar ser imperativo e emergente a criação de estratégias para implementação de medidas de deteção e atuação em casos suspeitos de Sepsis (DGS, 2017b).
- Existência de muitos elementos novos na equipa, admitidos no contexto da pandemia, para os quais a existência de documentos orientadores e formação sobre uma patologia tão comum no serviço é ainda mais pertinente.

Após a entrevista acima referida, realizámos também breves entrevistas exploratórias não estruturadas, com vários elementos da equipa de enfermagem para validar a pertinência do tema, tendo obtido sempre opiniões favoráveis, nas quais foi ainda referida a pertinência de formação sobre o tema com base nas orientações e diretrizes mais atuais.

Paralelamente foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a temática a fim de averiguar a evidência científica mais atualizada e fazer o levantamento de conhecimento pertinente para a elaboração do projeto.

Considerando a contextualização teórica e os resultados obtidos através da utilização de instrumentos de diagnóstico, que correspondem às diversas ações realizadas, nesta etapa do PIS, sendo elas: as entrevistas não estruturadas (com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora e com vários elementos da equipa de enfermagem), a observação realizada à atuação dos profissionais de enfermagem da UCIP e ainda a consulta de todas as normas, instrumentos de trabalho e diretrizes, existentes no serviço, foi-nos possível identificar a inexistência de documentação orientadora ou informativa acerca das intervenções à PSC com Sépsis, bem como a necessidade de formação sobre o tema.

Tendo por base o anteriormente descrito e após aprovação da temática “**Intervenções/ atuação à PSC com Sépsis**”, em reunião, com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, bem como com a Docente Orientadora, onde foi validada a sua pertinência académica e prática, procedemos então à utilização de um método de análise de situação.

Com base em todas as informações recolhidas e analisadas realizámos a análise SWOT (método de análise da situação), que é uma técnica de ordenamento através de um quadro subdividido em 4 quadrantes, que possibilita colher e organizar informações do ambiente interno (forças e fraquezas) e do ambiente externo (oportunidades e ameaças). Permitindo a reflexão e confrontação dos aspetos negativos e positivos identificados perante a situação analisada, facilitando a escolha de estratégias (Ferrito *et al.*, 2010).

Internas	Forças	Fraquezas
	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa dinâmica, proactiva e receptiva à aquisição de novos conhecimentos; - Equipa disponível e receptiva a projetos; - Equipa com muitos elementos jovens e recentes no serviço; - Elevada incidência de doentes internados no serviço com Sepsis e Choque Séptico; - Inexistência de protocolos ou guias orientadores sobre a Sepsis no serviço; - Ausência de formação recente sobre a Sepsis e intervenções à PSC com Sepsis; - Interesse, aprovação e consentimento da enfermeira chefe e enfermeira orientadora; - Interesse de diversos elementos da equipa de enfermagem por desenvolver e consolidar conhecimentos acerca da Sepsis; - Informação sobre o projeto ficar disponível on-line em dispositivos pessoais e em suporte de papel no serviço; - Estímulo à prática baseada na evidência; - Ausência de custos no desenvolvimento e implementação do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada carga e complexidade de cuidados prestados; - Sobrecarga horaria (turnos de 12hora e 30 minutos); - Risco de desmotivação da equipa devido a cansaço; - Formação não presencial pode limitar ou dificultar partilha de experiências. - Pouco conhecimento da equipa sobre a VVS e implementação da mesma no hospital; - Elevada rotatividade e diversidade da equipa multidisciplinar.
Externas	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital certificado em programa de qualidade; - Hospital promotor de projetos de qualidade; - Implementação da VVS no hospital; - Situação Pandémica Mundial/Nacional com necessidade de implementação de Protocolos e Circuitos mais eficazes; - A área da Sepsis é um normativo nacional definido pela DGS; - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e redução da morbimortalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto atual de Pandemia por SARS-CoV-2, que leva a um aumento do número de doentes internados e alteração das dinâmicas de funcionamento da UCI e do Hospital;

Tabela 1 – Análise SWOT

Verifica-se que os pontos positivos (oportunidades e forças) são superiores aos pontos negativos (fraquezas e ameaças), o que se apresenta como mais uma evidência para avançar com o PIS.

A formação e existência de documentos orientadores e informativos sobre as intervenções à PSC com Sepsis, com base na mais recente e atual evidência científica e nas diretrizes internacionais e nacionais para a Sepsis é de extrema importância, não só pela sua complexidade, como pela necessidade de celeridade que envolve. Contribuindo de forma significativa para que a equipa de enfermagem consiga assegurar a maior segurança e melhor qualidade dos cuidados prestados nestas situações. Com base no descrito anteriormente e nos

resultados obtidos através de todos os instrumentos de diagnóstico de situação utilizados, estabeleceu-se a necessidade realizar formação e desenvolver documentos orientadores e informativos acerca do tema, nesta UCIP, no desenvolvimento do estágio final.

Tendo por base o diagnóstico de situação procedemos à definição de prioridades para posteriormente definirmos os objetivos para o PIS.

Para Imperatori & Giraldes (1993) a definição de prioridades é o obstáculo que se tem quando é necessário tomar decisões sobre matérias diferentes (prioridades) e sobre diferentes formas de resolver um mesmo assunto (escolha de técnicas, estratégias). Representa o mesmo que dizer o que deverá ser resolvido (prioridades) e como deverá ser resolvido (estratégias) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em conta todos os recursos utilizados, e análise de toda a informação recolhida identificasse como problema a inexistência de um suporte teórico relativo à prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque Séptico na UCI, que se insira na VVS e diretrizes internacionais e nacionais para a Sepsis, bem como a necessidade de formação sobre o tema.

Definiu-se assim como prioridade: desenvolver materiais de suporte que promovessem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC com Sepsis.

Com base na MP, segundo Ferrito *et al.* (2010), inserida na etapa de diagnóstico de situação, após a identificação do problema e estabelecimentos de prioridades, procedesse à definição dos objetivos a atingir, que de acordo com Dias (2012: p.14) “devem ser claros, realistas, razoáveis, exequíveis e mensuráveis”

Enquadrado nesta etapa, a definição dos objetivos “(...) assumem-se como representações antecipadoras centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral (...)” (Ferrito *et al.*, 2010: p.18). Definir objetivos, encaminha para os resultados que pretendemos obter, sendo atribuído ao objetivo geral um carácter mais amplo e complexo, e aos objetivos específicos uma subdivisão do objetivo geral com a aquisição de competências mais elementares (Ferrito *et al.*, 2010).

Assim, a definição de objetivos, é a estrutura elementar para a planificação e construção das restantes fases da metodologia de projeto, na qual se definem e apresentam aquelas que são as finalidades que se pretendem atingir (Ferrito *et al.*, 2010). Organiza-se em 2 momentos, o estabelecimento do objetivo geral e em seguida o estabelecimento dos objetivos específicos. O objetivo geral está relacionado com o âmbito da generalidade e abrangência, já os objetivos específicos vão englobar-se no anterior, mas materializar e concretizar o mesmo em aspetos mensuráveis (Ferrito *et al.*, 2010).

Considerando o descrito, com base nos problemas, necessidades e prioridades previamente identificadas, definimos como **objetivo geral**: Promover a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC com Sepsis e Choque Séptico.

Como **objetivos específicos** estruturamos os seguintes:

1. Elaborar uma *Scoping Review* sobre os cuidados de enfermagem à PSC com Sepsis e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos;
2. Elaborar um *poster* informativo sobre a Sepsis e intervenções à PSC com Sepsis para afixar no serviço;
3. Divulgar conhecimentos sobre a Sepsis, importância do seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequado, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais;
4. Divulgar o Projeto/Materiais construídos sobre a prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque Séptico aos enfermeiros da UCIP;
5. Desenvolver um *dossier*/portefólio com material orientador de boas práticas, relativo às intervenções à PSC com Sepsis e Choque séptico.

2.2.2– Planeamento e Execução

A etapa consequente da MP é o **planeamento**, na qual é feita uma estruturação específica e organizada, de forma detalhada, das ações realizar, com vista à concretização dos objetivos previamente definidos. Determinando-se as estratégias a serem utilizadas e atividades a serem

realizadas, para desenvolver o projeto e alcançar os objetivos pretendidos, tendo em conta os recursos e meios disponíveis, fazendo uma necessária análise às potenciais condicionantes e limitações externas que possam influenciar o decorrer do mesmo (Miguel, 2013; Ferrito *et al.*, 2010). É também nesta etapa que é delineado o cronograma, necessariamente adaptável e dinâmico (Fortin, 1999; Ferrito *et al.*, 2010).

Segue-se a etapa de **execução**, que consiste na implementação do plano projetado, ou seja, na aplicação prática do mesmo, através da materialização das atividades e estratégias previamente delineadas (Ferrito *et al.*, 2010). A concretização prática do plano de ações, ao ter em conta as condições e os recursos disponíveis com vista ao cumprimento dos objetivos inicialmente definidos, assume um papel crucial na aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e competências, pelo que embora assuma um caráter extremamente exigente, revela-se gratificante e proveitosa para os participantes (Ferrito *et al.*, 2010).

Podemos encontrar um paralelismo na linha de pensamento, organizacional e funcional, entre estas 2 etapas da MP com as etapas 2,3 e 4 do MMPBE de Larrabee (2011), abordado anteriormente. Na medida em que as mesmas incluem a procura pela mais recente evidência científica acerca da temática a desenvolver, bem como a sua análise, síntese e avaliação, a definição da mudança proposta na prática clínica e das estratégias a utilizar para a sua implementação, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados (Larrabee, 2011).

Na MP, em suma, a etapa do planeamento, consiste, em traçar um plano pormenorizado do projeto, englobando a definição de estratégias, recursos e atividades a realizar. Já a etapa da execução resume-se a materializar o previamente planeado (Ferrito *et al.*, 2010).

Desta forma e constatando-se a relação entre as etapas de planeamento e execução da MP, optamos pela sua abordagem conjunta.

Tendo por base o exposto anteriormente iremos assim descrever as atividades e estratégias que elegemos como mais adequadas para colocar em prática o nosso PIS, elaborar o cronograma, bem como definir os recursos (humanos e materiais) a utilizar para o agilizar e ainda descrever detalhadamente o que foi efetuado e como foi realizado.

Para projetar e planejar as atividades a desenvolver ao longo do Estágio Final, sendo nelas englobada o PIS, que estamos a tratar neste capítulo, desenvolvemos inicialmente um Projeto de Estágio (Apêndice I), com vista à aquisição e desenvolvimento das competências definidas para estar UC. O mesmo foi analisado e aprovado pela Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe do serviço e Docente pedagógica.

É nesta fase que se avaliam os recursos que são necessários mobilizar e incluir na construção das atividades, resultando de toda esta análise e ponderação foi apresentada uma proposta de PIS à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe, numa reunião, bem como à docente pedagógica, a fim de demonstrar e validar o planeamento e ponderar possíveis alterações sugeridas. Sendo que posteriormente, a proposta de PIS foi aprovada pelas mesmas.

De seguida elaboramos o cronograma de projeto (Apêndice II), no qual se estabeleceram os universos temporais para as atividades a desenvolver em cada fase da MP, especificando as estratégias para cada uma delas, o que permite calendarizar as diferentes etapas do PIS.

De realçar que o hospital, e particularmente na UCI, durante o período de tempo em que realizei o estágio, sofreram várias alterações organizacionais, no seu espaço físico e em termos de número de camas, devido às necessidades extraordinárias da pandemia, o que dificultou bastante a implementação de mais atividades que gostaria de ter realizado no PIS.

Com todas estas condicionantes e alterações, considerámos que seria favorável ao desenvolvimento do projeto assumir as estratégias estabelecidas num período de tempo mais alargado e flexível, que permitisse respeitar as condicionantes da realidade vivenciada no serviço e na equipa e que, ao mesmo tempo, permitisse a evolução positiva do PIS, dentro das atividades que foram permitidas realizar tendo em conta a situação excecional vivida no serviço.

Por forma a especificar as atividades a desenvolvidas, assim como as estratégias estabelecidas, mostra-se pertinente estruturar e apresentar as mesmas a partir dos objetivos específicos que nos propusemos atingir com o desenvolvimento do PIS, assim como os indicadores de avaliação para a análise de cada um deles e os recursos necessários para os desenvolver.

Objetivo Específico 1: Elaborar uma *Scoping Review* sobre os cuidados de enfermagem à PSC com Sepsis e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos

Uma *Scoping Review* permite mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa (Peters *et al.*, 2017). Sendo que as suas principais forças assentam na capacidade de extrair a essência de um conjunto diversificado de evidências, dando-lhe sentido e significado (Davis, Drey & Gould, 2009). A mesma possibilita a inserção de estudos com diferentes tipos de metodologias, com o objetivo de resumir e analisar o conhecimento produzido por diversos autores sobre uma determinada temática e assim, integrar novas evidências que promovam a melhoria na prática clínica diária (Davis *et al.*, 2009; Peters *et al.*, 2017).

Tendo em conta estas características consideramos ser muito relevante, como ponto de partida para a implementação do PIS, a realização de uma *Scoping Review* sobre os cuidados de enfermagem à PSC com Sepsis e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos. Sendo que nos permitirá desenvolver, aprofundar, organizar e sintetizar conhecimentos sobre a temática, com base em evidência científica recente e relevante, bem como escolhermos as melhores estratégias a utilizar.

Desta forma, para dar resposta a este objetivo, estabelecemos realizar as seguintes atividades:

- Aprofundar conhecimentos sobre a metodologia de *Scoping Review*;
- Definição dos Objetivos;
- Construção da questão de partida;
- Identificação das palavras-chave;
- Definição dos critérios de inclusão e exclusão;
- Pesquisa nas bases de dados indexadas à EBSCO;
- Seleção dos estudos;
- Mapeamentos dos dados obtidos nos estudos;
- Análise Crítica dos resultados obtidos;
- Divulgação da análise crítica à Professora orientadora para obter sugestões;
- Validação com a Professora orientadora da *Scoping Review* realizada;

- Elaboração do artigo científico.

Recursos Humanos: aluna e orientadora pedagógica.

Recursos Materiais: computador, acesso à Internet e a bases de dados científicas, acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais para a Sepsis.

O indicador de avaliação deste objetivo será a construção do artigo e posterior entrega do mesmo à docente orientadora.

Dando resposta ao “(...) uso deliberado de pesquisas para melhorar a prática clínica, integrando processos específicos para transformar o conhecimento em atividades práticas, criando um clima de mudança da prática (...)” conforme explanado por Larrabee (2011, p.24), e considerado que “a implementação de modelos para prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar visa promover a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções” (Camargo *et al.*, 2017, p.10), considerámos relevante efetivar uma *Scoping Review*.

Ao efetuarmos a *Scoping Review* sobre os cuidados de enfermagem à PSC com Sepsis e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos, pretendíamos mapear as evidências científicas existentes, para que nos ajudasse e servisse como pilar, para desenvolver o PIS e assim promover a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC com Sepsis na UCIP.

Para realização desta revisão utilizou-se a metodologia de Joanna Briggs Institute [JBI] (JBI, 2015; Peters *et al.*, 2015, 2020), que apresenta um conjunto de etapas e critérios bem definidos, nomeadamente: Identificação e definição dos objetivos e formulação das perguntas de investigação; definição clara dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, estudos e/ou *guidelines*; seleção dos estudos pretendidos com base nos objetivos estabelecidos; organização dos estudos selecionados e mapeamento dos dados; análise e discussão dos resultados obtidos nos diversos estudos; resumo e exposição dos resultados obtidos.

Tendo em conta os objetivos do PIS e com base na metodologia JBI, os **objetivos** definidos para a mesma foram: mapear as intervenções de enfermagem ao doente crítico com

Sepsis e identificar a importância do papel dos enfermeiros na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com Sepsis na UCI.

Conhecendo a problemática inicial e de forma a responder aos objetivos desta revisão, elaboramos as questões de investigação de acordo com a metodologia PCC, P – População; C – Conceito e C – Contexto (JBI, 2015; Peters *et al.*, 2015, 2020). Sendo definidos como: P – Doente crítico com Sepsis; C – intervenções de enfermagem e C – Unidade de Cuidados Intensivos. As questões que nortearam a investigação foram: **(1) Quais as intervenções de enfermagem ao doente crítico com Sepsis? (2) Qual a importância das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com Sepsis, na UCI?**

Após a definição dos objetivos e formulação das perguntas de investigação deu-se início à fase seguinte, que se prende com a busca de evidência científica. A recolha da bibliografia baseou-se numa pesquisa realizada entre Agosto e Setembro de 2021, na base de dados EBSCO, onde foram selecionadas todas as bases que a integram. Foram, previamente validados no MeSH, os termos para pesquisa utilizados pela ordem apresentada: “*sepsis*”, “*nursing care*” e “*intensive care units*”, com recurso ao operador booleano “*AND*”. Como limitadores estabelecemos: data de publicação dos últimos 5 anos (2017 – 2021), analisado pelos pares/especialistas e em língua Portuguesa, Espanhola e Inglesa.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão qualquer estudo que envolvesse a prestação de cuidados de enfermagem em doentes adultos com Sepsis. Os critérios de exclusão prenderam-se com estudos que abordassem exclusivamente outros serviços que não a UCI, cuja população fosse pediátrica e que não envolvessem a área de enfermagem. Foram excluídos também os estudos que não dessem resposta às questões de investigação formuladas.

Resultante dos critérios estabelecidos para a pesquisa, descritos anteriormente, obtivemos um total de 836 artigos. Após leitura de títulos, por não responderem às perguntas de investigação e/ou aos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos, foram excluídos 819 artigos. Dos 17 artigos triados foram avaliados os resumos e eliminados os que não respondiam às questões de investigação, tendo sido eliminados primeiramente 9, restando 8 para análise completa e leitura integral. Após a mesma foram excluídos 2, perfazendo um total

de 6 artigos para inclusão na revisão. De seguida é apresentado um fluxograma da pesquisa realizada, adaptado do PRISMA Flow Diagram, segundo a JBI, 2015 (Figura 1).

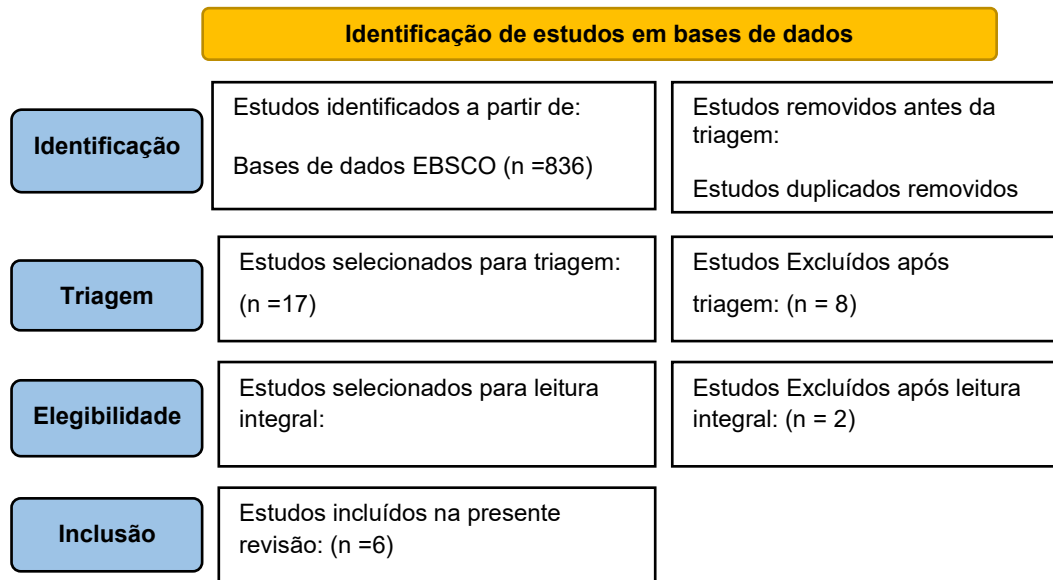


Figura 1 - PRISMA *Flow Diagram* da *Scoping Review* (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (JBI, 2015)

Os resultados da *Scoping Review* encontram-se integrados no enquadramento teórico e concetual no presente relatório.

Finalizada a *Scoping Review*, em concordância com o grupo de trabalho, procedemos à redação do artigo científico (Apêndice III) e posterior entrega à docente orientadora, que procedeu à sua avaliação, sendo que a mesma está integrada na nota final da UC estágio final.

Objetivo Específico 2: Elaborar um *poster* informativo sobre a Sepsis e intervenções à PSC com Sepsis para afixar no serviço.

Para este objetivo, estabelecemos como **atividades** a desenvolver, as seguintes:

- Utilização dos resultados e conhecimentos obtidos no desenvolvimento da *Scoping Review* para a elaboração do *poster*;

- Realização de análise da evidência científica existente sobre as intervenções à PSC com Sepsis e Choque Séptico;
- Realização pesquisa bibliográfica, de forma a utilizar as últimas diretrizes, recomendações e protocolos internacionais e nacionais, para a Sepsis e Choque Séptico;
- Elaboração de um protótipo do *poster* contendo as informações e intervenções mais pertinentes para a equipa de enfermagem sobre a PSC com Sepsis e Choque Séptico;
- Discussão do protótipo do *poster* com a Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente orientadora, para obter sugestões e orientações sobre seu conteúdo e apresentação;
- Alteração do *poster* de acordo com o consenso resultante da discussão com os elementos referidos;
- Exposição do *poster* definitivo à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente Orientadora para validar o seu conteúdo e apresentação;
- Apresentação do *poster* (Apêndice IV) à equipa de enfermagem.

Recursos Humanos: Aluna, Orientadora Pedagógica, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora.

Recursos Materiais: computador, acesso à Internet e a bases de dados científicas, acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais para a Sepsis, *Scoping Review* em realização e reprografia para impressão do *poster*.

O indicador de avaliação delineado é a entrega do *poster* imprimido e plastificado e a sua afixação no serviço bem como a sua integração em formato A4 no portefólio/ *dossier* a desenvolver.

A elaboração deste *poster* teve como intuito desenvolver um documento sucinto, apelativo, intuitivo e de fácil consulta, que contivesse as orientações específicas e práticas das intervenções à PSC com Sepsis e Choque Séptico como base em evidência científica e nas diretrizes nacionais e internacionais.

No decorrer do estágio, utilizamos os conhecimentos obtidos na *Scoping Review* que estávamos a desenvolver, realizamos diversas pesquisas bibliográficas, para recolhermos as melhores evidências e consultamos documentos e diretrizes oficiais, para a elaboração do *poster*. Seguidamente concebemos um protótipo do mesmo, que foi apresentado para discussão à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente orientadora, a fim de obter sugestões e orientações sobre seu conteúdo e apresentação, após discussão e consenso, foram realizadas as alterações, sendo que o *poster* definitivo (Apêndice IV), foi validado pelas intervenientes anteriormente descritas. Por fim, o mesmo foi apresentado à equipa de enfermagem e afixado no serviço.

Objetivo Específico 3: Divulgar conhecimentos sobre a Sepsis, importância do seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequando, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais;

Objetivo Específico 4: Divulgar o Projeto/Materiais construídos sobre a prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque Séptico aos enfermeiros da UCIP;

Estes dois objetivos são descritos em conjunto, na medida em que os meios para os atingir se mostraram sobreponíveis, pelo que foram executados em simultâneo. Estabelecendo assim, para ambos, as seguintes **atividades** a desenvolver:

- Frequência do curso de sepsis do Grupo Nacional de Infecção e Sepsis;
- Organização e compilação de toda a informação sobre a Sepsis e intervenções à PSC com Sepsis e Choque Séptico, obtida através do desenvolvimento da *Scoping Review* e de toda a restante pesquisa bibliográfica realizada;
- Preparação de um plano de sessão de formação para divulgação de conhecimentos sobre a Sepsis, importância do seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequando, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais, bem como a apresentação aos enfermeiros da UCIP do Projeto/Materiais construídos;
- Apresentação do plano de sessão de formação à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente Orientadora a fim de obter sugestões e orientações;
- Construção da apresentação da formação em formato *PowerPoint*, com gravação de áudio integrada;

- Demonstração da formação realizada à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente Orientadora para análise;
- Realização de possíveis alterações e melhorias na sessão de formação de acordo com o consenso obtido com as intervenientes anteriormente descritas;
- Validação da formação final com a Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora;
- Elaboração de um questionário de avaliação da sessão e de conhecimentos, em formato *Google Forms*, que ficaria acessível através de *link* fornecido no final da apresentação em *PowerPoint*;
- Envio da formação em *PowerPoint* com áudio incorporado (Apêndice V) acompanhada do *link* para o questionário de avaliação da sessão e de conhecimentos (Apêndice VI), para a Enfermeira Chefe do serviço, para divulgação e disseminação pela equipa de enfermagem através do seu envio por canais informáticos.

Recursos Humanos: Aluna, Orientadora Pedagógica, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, equipa de enfermagem da UCIP.

Recursos Materiais: computador, acesso a bases de dados científicas, acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais para a Sepsis, *Scoping Review* em realização, material e conhecimentos obtidos no curso de formação da Sepsis, acesso à Internet para elaboração e disseminação da formação e questionários.

Para este objetivo definimos como indicadores de avaliação os seguintes: o comprovativo de participação do curso de Sepsis (Anexo I), envio da sessão de formação em *PowerPoint* com áudio integrado e dos questionários de avaliação da sessão e de conhecimentos avaliados e aprovados pela da Enfermeira chefe, Enfermeira orientadora e Docente orientadora, e ainda que, pelo menos 40% dos enfermeiros, assistam à formação.

As atividades estabelecidas para estes objetivos foram efetivamente realizadas e pela ordem descrita o que compõe a fase de execução destes objetivos específicos.

A divulgação desta formação sobre a Sepsis, bem como a apresentação do que estava a ser desenvolvido no PIS, teve como objetivo contribuir para aprofundar e atualizar conhecimentos

da equipa de enfermagem relativos a esta temática, bem como partilhar o nosso PIS e informar sobre os materiais produzidos com a realização do mesmo.

A concretização destes objetivos constitui-se como a fase mais desafiante, exigente e motivadora, na medida em que, tendo por base atividade desenvolvidas nos objetivos anteriores, parece-nos ser a que permitiu partilhar todo o nosso trabalho, pesquisa e conteúdo produzido, com a equipa de enfermagem da UCIP, contribuindo de forma efetiva para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC com Sepsis e Choque séptico neste serviço.

Relativamente à opção de apresentar a formação em formato digital (não presencial), a mesma teve em conta diversos fatores, nomeadamente a facilidade no processo de disseminação da informação, assim como a possibilidade de acesso a qualquer momento pela equipa de enfermagem, o que permite a cada elemento consultá-la consoante a sua disponibilidade e necessidade e analisá-la ao seu ritmo. O facto de ser acompanhada da nossa narração por áudio, permite torná-la mais dinâmica e interativa, mesmo não sendo presencial.

Este formato de disseminação da formação permite ainda evitar a sobrecarga da equipa com sessões formativas presenciais, sendo que a mesma evidência cansaço acrescido pelo contexto extraordinário de pandemia, o que para além de contribuir para a sua sobrecarga poderia levar a que houvesse pouca participação nas sessões de formação. A par do acima relatado as sessões presenciais não respeitam as diretrizes de distanciamento e segurança necessários manter no enquadramento deste cenário pandémico.

Apesar desta mesma formação não ser presencial e de ser passível de ser assistida em momentos diferentes, nela foi enfatizado, quer no áudio quer por escrito, que a qualquer momento poderiam ser partilhadas informações através de contacto telefónico, e-mail e até mesmo presencialmente. Esta disponibilidade permite à equipa realizar *feedback* e as partilhas de experiências e conhecimentos. Tentando assim colmatar a partilha e discussão que as sessões presenciais poderiam permitir de forma mais efetiva.

Concluimos assim, que tendo em conta o contexto pandémico e sobrecarga da equipa, bem como a mais-valias apresentadas, que a formação no formato planeado e executado constituiu a forma mais eficiente para a divulgação, quer dos conhecimentos sobre a Sepsis,

importância do seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequando, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais, quer da divulgação o Projeto/Materiais construídos sobre a prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque Séptico aos enfermeiros da UCIP.

A partilha de informação através de sessões de formação e o envolvimento das equipas em períodos de *feedback* e de partilha de experiências e sugestões (que foi realizada em vários momentos no decorrer dos turnos realizados após a divulgação da formação), vai permitir uma adequação da PIS à realidade do contexto clínico em que se pretende aplicar o mesmo, bem como às dinâmicas das equipas a envolver. Esta conduta vai orientar no sentido da melhoria contínua da sua atuação e desempenho, constituindo-se como uma etapa de mudança para o desenvolvimento da profissão (OE, 2021; Barbosa *et al.*, 2011).

Objetivo Específico 5: Desenvolver um *dossier*/portefólio com material orientador de boas práticas, relativo à prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque séptico

Para este objetivo, estabelecemos desenvolver as seguintes **atividades**:

- Organização da principal bibliografia utilizada;
- Impressão da principal e mais relevante bibliografia;
- Impressão do *poster* plastificado em formato A4;
- Impressão da formação em formato de papel;
- Colocação de todo o conteúdo num Dossier de forma organizada e de fácil consulta e respeitando as normas de controlo infeção;
- Apresentação do mesmo para discussão e validação à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente orientadora;
- Comunicação à equipa de enfermagem, durante as passagens de turno, que este material iria ficar disponível no serviço para consulta;
- Colocação do dossier no serviço em local adequado e previamente definido em concordância com a Enfermeira Chefe do serviço.

Foi construído um portefólio com base na mais recente evidência científica e diretrizes nacionais (inseridas na VVS) e internacionais para a Sepsis, contendo o *poster* em formato A4,

a sessão de formação e a principal e mais relevante bibliografia utilizada referente à temática da Sepsis, os passos realizados para o desenvolver correspondem às atividades descritas acima.

O mesmo foi realizado de forma a ser intuitivo e de fácil a sua consulta, pelo que foi subdividido com recurso a separadores, para que aquando a sua consulta os enfermeiros do serviço pudessem mais facilmente encontrar o conteúdo que procuravam. Para garantir que o *dossier* e seu conteúdo permitiam fácil limpeza e tendo em conta o respeito pelas normas de controlo de infeção, o mesmo era em material plástico, o poster plastificado e o restante material foi colocado dentro de micas também plastificadas.

O mesmo foi apresentado Orientadora Pedagógica, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e obtivemos validação, tendo as mesmas considerado que o seu conteúdo, organização e apresentação estavam muito adequados e que o mesmo constituía uma mais-valia.

Posteriormente o *dossier* foi sendo apresentado à equipa de enfermagem, durante as passagens de turno, e, deixado no serviço em local adequado e em concordância com a Enfermeira chefe do Serviço, sendo comunicado à equipa onde o mesmo se encontrava.

Recursos Humanos: Aluna, Orientadora Pedagógica, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora.

Recursos Materiais: computador com acesso a todo o material a colocar no *dossier*, reprografia para impressão do *poster* e impressora para impressão dos restantes documentos.

O indicador de avaliação deste objetivo será divulgar à equipa de enfermagem a existência do portefólio em formato de Dossier com o *poster* em formato A4, a sessão de formação e a principal bibliografia utilizada e deixar o mesmo no serviço em local adequado.

2.2.3– Avaliação e Divulgação de Resultados

A avaliação, no contexto da MP, entende-se como um processo contínuo e necessariamente dinâmico, reconhecem-se dois momentos distintos, a avaliação do processo e a avaliação dos resultados (Ferrito *et al.*, 2010). É considerado um processo tão importante quanto o conteúdo produzido e aplicado, na medida que incide na comparação dos objetivos inicialmente definidos com os posteriormente alcançados, tornando-o assim num processo complexo, no qual está implícito a análise e reflexão (Ferrito *et al.*, 2010). Devem ser considerados também, nesta avaliação, os indicadores de avaliação previamente estabelecidos. Convergindo para o MMPBE de Larrabee (2011), enquadramos este processo na etapa cinco, na medida que reporta à avaliação do processo e respetivos resultados culminando no desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Considerando a linha contínua do processo de avaliação do PIS, pensamos ser pertinente desenvolver uma apreciação das atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas no sentido de avaliar aqueles que foram os objetivos previamente estabelecidos assumindo os indicadores instituídos.

Por conseguinte, delineamos neste PIS apresentar a análise e reflexão das atividades e estratégicas previamente planeadas e executadas, com recurso à identificação dos objetivos e respetivos indicadores delineados.

Objetivo Específico 1: Elaborar uma *Scoping Review* sobre os cuidados de enfermagem à PSC com Sepsis e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos

Indicador de avaliação: construção do artigo e posterior entrega do mesmo à docente orientadora.

Considerando que construímos o artigo: **Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico com Sepsis: uma *Scoping Review*** (Apêndice III) e o mesmo foi entregue à Docente Orientadora e que obtemos avaliação positiva do mesmo, sendo que a nota foi integrada na nota fina da UC estágio final, consideramos ter atingido este objetivo.

Objetivo Específico 2: Elaborar um *poster* informativo sobre a Sépsis e intervenções à PSC com Sépsis para afixar no serviço.

Indicador de avaliação: entrega do *poster* impresso e plastificado e a sua afixação no serviço bem como a sua integração em formato A4 no portefólio/*dossier* a desenvolver.

O *poster* (Apêndice IV) foi elaborado e obteve aprovação positiva da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Docente orientadora. Posteriormente foi impresso plastificado, afixado no serviço e colocada uma cópia em formato A4 no *dossier* realizado. Tendo por base o indicador de avaliação e as atividades realizadas, consideramos ter atingido este objetivo.

Objetivo Específico 3: Divulgar conhecimentos sobre a Sépsis, importância do seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequando, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais;

Objetivo Específico 4: Divulgar o Projeto/Materiais construídos sobre a prestação de cuidados à PSC com Sépsis e Choque Séptico aos enfermeiros da UCIP

Indicadores de avaliação: o comprovativo de participação do curso Sobre a Sépsis, envio da sessão de formação em *PowerPoint* com áudio integrado e dos questionários de avaliação da sessão e de conhecimentos aprovados pela da Enfermeira chefe, Enfermeira orientadora e Docente orientadora, e ainda que, pelo menos 40% dos enfermeiros, assistam à sessão de formação.

No que se refere ao primeiro indicador de avaliação descrito, o mesmo foi atingido na medida em que se efetivou a frequência no curso de sobre a Sépsis e se obteve o comprovativo que se encontra em anexo.

Relativamente ao segundo indicador de avaliação, o mesmo também foi cumprido uma vez que todo o material da formação foi previamente validado positivamente pelas intervenientes referidas e posteriormente enviado à Enfermeira Chefe e disseminado pela mesma por toda a equipa de enfermagem do serviço.

O terceiro indicador de avaliação, envolvia que, pelo menos 40% dos enfermeiros, assistissem à sessão de formação, este indicador é de mais difícil avaliação, tendo em conta o método de realização da formação.

Dada a forma como foi realizada a formação, ou seja, não sendo presencial, mas sim disseminada por canais informáticos, pelas razões já anteriormente inumeradas e tendo em consideração a fadiga sentida por esta equipa devido à realidade vivida, com vista a ser mais complacente com a gestão temporal dos enfermeiros, bem como, com o intuito de favorecer o processo por forma a este ter mais aceitabilidade por parte da equipa, não é possível apurar com exatidão a percentagem de elementos que assistiram a esta formação após a sua divulgação.

Apesar de existir um questionário no final da apresentação da sessão de formação, que foi pensado não só como forma de avaliação da sessão e conhecimentos adquiridos, mas também como meio de colheita de dados, na medida em que permitia contabilizar o número de enfermeiros que respondia ao mesmo. Apesar de ter sido pedida a colaboração dos elementos que visualizassem a sessão para realizarem o seu preenchimento, não podemos apurar que todos os elementos que a visualizaram preencheram o formulário. Pelo que podemos apenas afirmar que a percentagem de enfermeiros que respondeu ao questionário foi inferior 40%, não sendo possível assim afirmar que a mesma foi visualizada por essa mesma percentagem. Dada esta particularidade e perante a apreciação deste indicador, não podemos garantir que o mesmo foi atingido.

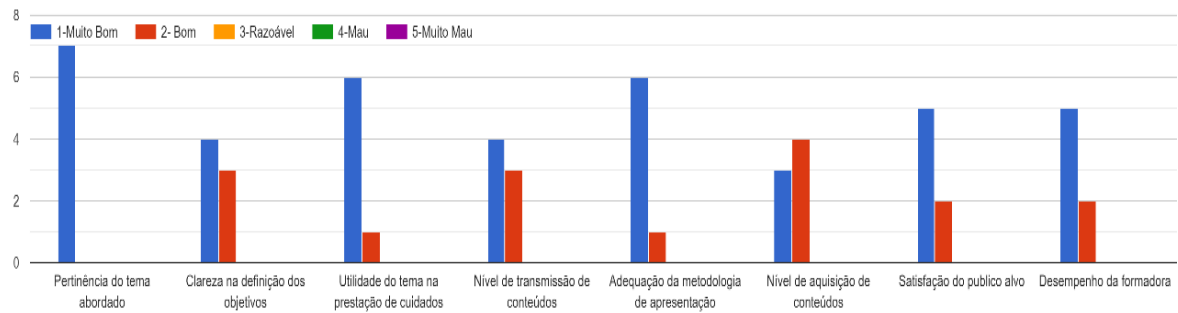
Tendo em conta o acima descrito e sendo que dos 3 indicadores definidos para avaliar o alcançar destes objetivos, houve um deles que não podemos afirmar que foi atingido, consideramos que estes objetivos foram parcialmente atingidos. Salvaguardando que, reunimos todos os esforços para o alcançar dos mesmos e que, apenas não temos forma de provar que 40% dos enfermeiros assistiram à formação, visto que 40% não respondeu ao formulário, mas isso não comprava que não tenham assistido à sessão de formação.

Remetendo para os formulários que realizamos e enviamos à equipa em conjunto com a formação, embora não tenhamos obtido tantas respostas quanto desejávamos, as que obtivemos foram positivas.

No que se refere ao formulário para avaliação da sessão, todas a resposta que obtivemos avaliam a mesma entre muito bom e bom, tal como se demonstra no gráfico 1, apresentado abaixo.

Gráfico nº1 – Avaliação da Sessão de Formação

Avaliação da sessão de formação

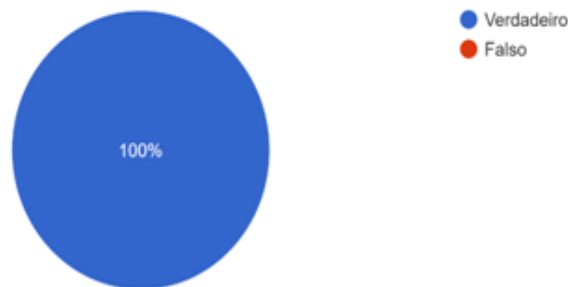


Fonte: A Própria

As respostas ao formulário de aquisição de conhecimentos também foram muito positivas, sendo que, na 1ª pergunta 100% respondeu de forma correta, na 2ª pergunta 87,5% respondeu de forma correta, na 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª perguntas 100% respondeu de forma correta. Os gráficos apresentam-se abaixo.

Gráfico nº 2 – 1ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

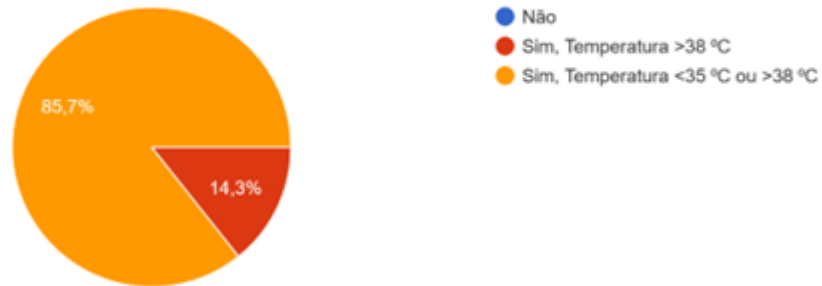
Tem existido um aumento da incidência da Sepsis?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 3 – 2ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

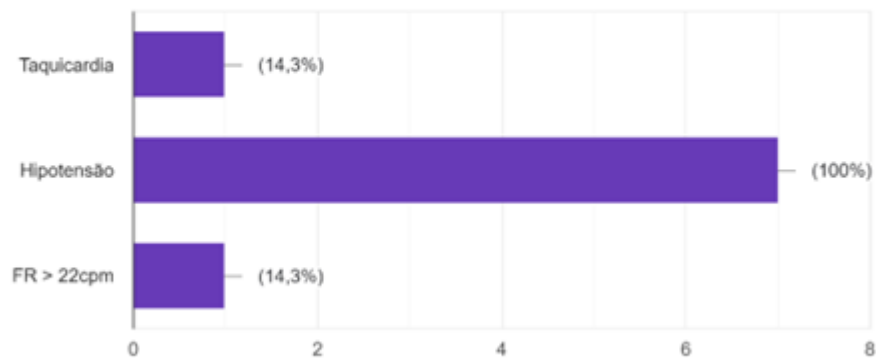
A alteração da temperatura é um dos sintomas apresentados pelos doentes com Sepsis?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 4 – 3ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

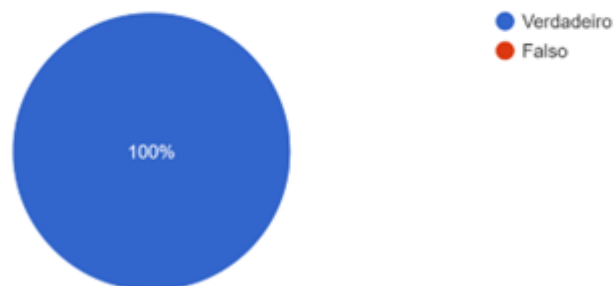
Dos seguintes sintomas qual é considerado Critério de Gravidade em doentes com Sepsis?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 5 – 4ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

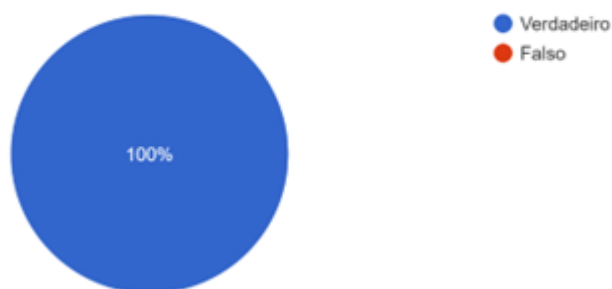
A adesão às diretrizes da "Surviving Sepsis Campaign" está associada uma diminuição da mortalidade em doentes com Sepsis?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 6 – 5ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

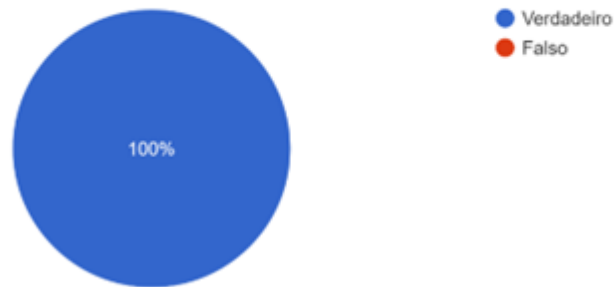
A administração precoce da antibioterapia é primordial no tratamento dos doentes com Sepsis?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 7 – 6ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

A colheita de Hemoculturas deve ser realizada, sempre que possível, antes do início da antibioterapia?



Fonte: A Própria

Gráfico nº 8 – 7ª pergunta relativa à aquisição de conhecimentos

A administração de Endovenosa de Flúidos Cristaloides está contemplada da Bundle da 1ª hora?



Fonte: A Própria

Apesar da formalização da formação ter sido realizada no formato descrito, fomos realizando momentos de partilha de informação durante a realização dos turnos no serviço, em diversas situações e foram esclarecidas dúvidas aos elementos da equipa de enfermagem quando estes colocavam questões relacionadas com a temática, com suporte nos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo do desenvolvimento do PIS, nomeadamente com base em toda a pesquisa bibliográfica efetuada e na realização da *Scoping Review*.

Objetivo Específico 5: Desenvolver um *dossier*/portefólio com material orientador de boas práticas, relativo à prestação de cuidados à PSC com Sépsis e Choque séptico

Indicador de avaliação: divulgar à equipa de enfermagem a existência do portefólio em formato de Dossier com o *poster* em formato A4, a sessão de formação e a principal bibliografia utilizada e deixar o mesmo no serviço em local adequado.

Tendo em conta que foi construído um *dossier* organizado e subdividido, cumprindo as normas de controlo de infeção, contendo: o *poster* em formato A4, a sessão de formação e a principal e mais relevante bibliografia utilizada, com base na mais recente evidência científica e diretrizes nacionais (inseridas na VVS) e internacionais para a Sépsis; que o mesmo foi apresentado Orientadora Pedagógica, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e obtivemos validação positiva e que posteriormente o *dossier* foi exposto à equipa de enfermagem, durante as passagens de turno e deixado no serviço em local adequado e em concordância com a Enfermeira chefe do Serviço, sendo comunicado à equipa onde o mesmo se encontrava, concluímos ter cumprido este objetivo.

Depois de uma análise da visão geral das estratégias e objetivos estabelecidos inicialmente para o desenvolvimento deste PIS, dentro dos padrões de qualidade, consideramos que mesmo, deu resposta ao objetivo geral a que nos propusemos. Embora com algumas condicionantes relatadas ao longo na descrição do projeto e não tendo conseguido desenvolver tantas atividades quanto se pretendia, assumimos que este seria PIS que se enquadrava à realidade vivida e á baliza temporal que disponhamos. Consideramos assim, que o mesmo se enquadrou nos padrões de segurança e qualidade pretendidos. Tendo contribuído para a melhoria da

qualidade e segurança no que se refere particularmente à prestação de cuidados à PSC com Sepsis e Choque Séptico nesta UCIP.

Para terminar este ciclo de projeto mostra-se necessário divulgá-lo, a si e aos seus resultados, a fim de estimular e manter uma linha de investigação e de produção de evidência científica que: ao mesmo tempo que desenvolve nas equipas e nos profissionais competências técnicas e científicas, para a melhoria da sua atuação na prestação de cuidados e no aumento da segurança do doente, bem como na melhoria dos cuidados que a estes prestam, estimulamos e conferem-lhes gratificação por verem os seus esforços e trabalhos reconhecidos e replicados (Larrabee, 2011). Segundo Ferrito *et al.* (2010), a **divulgação dos resultados** obtidos após a execução de um projeto é uma fase importante, uma vez que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto. Na área da saúde a utilização da MP como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade assume um papel relevante para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados (Ferrito *et al.*, 2010).

Primeiramente, para divulgação mais precoce e próxima da equipa onde desenvolvemos o PIS, realizámos alguma partilha de resultados do nosso projeto, através da formação realizada à equipa de enfermagem do serviço, bem como em alguns momentos informais em que partilhamos o conteúdo realizado que ficaria disponível no serviço, partilhamos também os objetivos alcançados. Pretendo posteriormente realizar uma divulgação de resultados mais completa e formal, que foi planeada fazer na realização do presente relatório.

Segundo Martins (2008: p.65), “a divulgação dos resultados é um dever ético do investigador”. Esta etapa revela-se extremamente importante, na medida em que promove o conhecimento externo do caminho percorrido perante a identificação de um problema/necessidade (Ferrito *et al.*, 2010). Corroborando as afirmações supracitadas, na etapa 6 do MMPBE, Larrabee enfatiza a disseminação dos resultados, referindo que a divulgação será “potencialmente útil para terceiros que poderão desejar replicar o projeto” (Larrabee, 2011: p.233). A divulgação dos resultados exige conhecimentos e habilidades por parte dos enfermeiros, potenciando o desenvolvimento de competências, e pode revelar-se extremamente gratificante para os profissionais, motivando-os para a participação em projetos futuros (Larrabee, 2011).

A divulgação dos resultados pode ser concretizada de várias formas, seja através da sua publicação, apresentação em eventos científicos ou redação de relatório final (Larrabee, 2011; Ferrito *et al.*, 2010). Portanto, a redação do presente relatório, respetiva discussão pública e publicação em repositório, consiste numa forma de divulgação do PIS desenvolvido.

Em suma, consideramos que o desenvolvimento deste PIS, tendo em conta todo o caminho percorrido desde o diagnóstico da situação, que nos levou a identificar uma necessidade de intervenção no serviço, passando pelo planeamento e execução (com especial ênfase para as atividades desenvolvidas), avaliação e divulgação de resultados, foi fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestado à PSC com Sepsis na UCIP, bem como para o desenvolvimento das diferentes competências, na medida em que a aplicação da MP possibilitou a utilização de ferramentas de investigação tanto com base nas necessidades sentidas na prática clínica, como num prisma de investigação-ação.

Após a realização de todo o enquadramento teórico, descrição do contexto em que se realizou o estágio final, bem como do PIS desenvolvido, consideramos reunidas as bases para no próximo capítulo realizar a análise crítica e reflexiva das diferentes competências que se prevê que sejam adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso académico do ME

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo do relatório, será realizada uma descrição, análise e reflexão não só daquelas que foram as atividades desenvolvidas ao longo do período de Estágio, como de uma diversidade de ações realizadas ao longo de diversos momentos do processo formativo do Mestrado em Enfermagem [ME]. Pelo que este capítulo é dedicado à análise e reflexão das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso, nomeadamente, as competências de Mestre, as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as

competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Nesta conjuntura, importa salientar que, no início da UC Estágio Final, foi elaborado um Projeto de Estágio (Apêndice I), no qual foram definidos objetivos e planeadas atividades a desenvolver no decorrer do mesmo, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências, tendo por base a regulamentação emanada pela OE, referente às Competências Comuns [CC] e específicas do Enfermeiro Especialista [EE] EMC-PSC

A prática reflexiva, “pode ser vista como um método específico de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional (...) como a arte de crescimento intrínseco por meio da reflexão (...)” (Netto, Silva & Rua, 2018, p.2). Enquadrar a prática reflexiva na enfermagem, remete-nos para um processo de julgamento clínico do conhecimento e das ações praticadas, envolvidas na responsabilização profissional, direcionando o enfermeiro para uma série de dimensões, como o conhecimento técnico-científico, a conduta ético-legal e a relação de ajuda (Nunes, 2018).

No enquadramento concetual emanado pela OE, o EE é definido como sendo um “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011, p. 8648).

Remetendo para a palavra Competência a mesma, refere-se à “(...) aplicação efetiva de uma combinação de conhecimento, habilidade e julgamento demonstrada por um indivíduo na prática diária ou no desempenho no trabalho.” (*International Council of Nurses* [ICN], 2010, p. 17). As competências, quando aplicadas à enfermagem, envolvem conhecimento, julgamento clínico e compreensão de diversas capacidades a nível técnico, cognitivo, psicomotor e interpessoais, assim como atributos e atitudes pessoais (ICN, 2010). Para ser possível a obtenção de competências com este tipo de especificidade não se pode considerar só aquele que é o desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, sendo sempre necessário desenvolver uma reflexão crítica sobre os mesmos (Benner, 2001).

Este capítulo, rege-se assim, pelo desenvolvimento das CC do EE (OE, 2019a), pelas Competências Específicas [CE] do EE em EMC-PSC (OE, 2018), assim como pelo desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem. Podemos encontrar a explanação destas últimas no documento de pedido de acreditação no novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora [UE], 2015), o qual se encontra legalmente salvaguardado pelo Decreto-Lei nº 74/2006 (MCTES, 2006) e a sua republicação mais recente, o Decreto-Lei nº 65/2018 (MCTES, 2018), conjuntamente com a alteração do ciclo de estudos do ME (AR, 2019a).

Tendo em conta a documentação supracitada, o Mestre em Enfermagem deverá:

1. Demonstrar competências clínicas a nível da conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem numa determinada área de especialização;
2. Iniciar, contribuir, desenvolver e também disseminar investigação por forma a favorecer a promoção da prática de enfermagem baseada em evidência;
3. Integrar conhecimentos, desenvolver tomadas de decisão e gestão em situações complexas, considerando as implicações e responsabilidades no domínio da ética aos níveis profissional e social;
4. Desenvolver de forma autónoma conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participar com um papel proactivo em projetos e equipas, em contexto multidisciplinar intersectorial;
6. Realizar uma análise diagnóstica, desenvolver um planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e outros elementos em colaboração, incluindo a formação, investigação quer nas políticas de saúde no geral e em particular as de enfermagem;
7. Evidenciar tanto as competências comuns como as específicas enquanto enfermeiro especialista, na área de especialidade na qual se forma (UE, 2015).

Ponderando tanto a transversalidade como a complementaridade das competências, comuns e específicas da EMC- PSC, como as competências necessárias à aquisição de Grau de Mestre explanadas, escolhemos desenvolvê-las, organizá-las e refletir sobre as mesmas de forma conjunta neste capítulo, sempre que tal seja coerente.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Neste subcapítulo iremos realizar uma análise crítica e reflexiva da CC do EE, bem como de parte das competências de Mestre em enfermagem, com base na descrição das atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico do ME, com foco para as desenvolvidas no estágio final.

A OE define competências comuns como:

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p.4745).

As CC do EE encontram-se divididas em **quatro domínios**: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Iremos separar a análise das CC do EE por cada domínio que as integra, sendo que em algumas faremos a sua análise em conjunto com competências de Mestre em Enfermagem. O mesmo acontecerá sempre que consideremos pertinente, na medida em que entendemos que as atividades desenvolvidas promoveram o desenvolvimento dos dois tipos de competências.

Vamos assim começar por realizar a análise reflexiva das competências englobadas no primeiro domínio da CC EE, as do Domínio da Responsabilidade Profissional, juntamente com a 3ª competência de mestre em enfermagem

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

A-Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1-Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2-Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Competências de Mestre em Enfermagem

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Como enfermeiros, a preocupação com a ética profissional e o respeito pelos direitos humanos inicia-se no curso base: a Licenciatura em Enfermagem.

Durante o Mestrado recordámos e consolidámos conhecimentos nas UC de Epistemologia, Ética e Deontologia e Direito em Enfermagem, o que fortaleceu as nossas bases para uma prática profissional responsável e se revelou ser fundamental para aprofundar a compreensão das várias dimensões da responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem, nomeadamente: a responsabilidade profissional e disciplinar, determinada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] e pela Deontologia Profissional, a responsabilidade civil, inerente ao código civil e a responsabilidade penal, que se baseia no código penal em vigor, ao qual estamos igualmente subjugados. Apesar de toda a base já existente, no decorrer do estágio final, considerámos essencial proceder à revisão dos documentos reguladores da profissão, nos quais se encontram inerentes os princípios éticos a que devemos atender.

O conhecimento e entendimento acima referido permitiram-nos mobilizar os conhecimentos no sentido de conduzir a uma tomada de decisão ética, respeitando os valores e normas deontológicas (OE, 2015b). Todo este conhecimento é fundamental na medida em que, na nossa prática profissional, somos confrontados com dilemas perante os quais temos de decidir, baseando-nos na ética profissional presente no Código Deontológico [CD], com especial relevo aos artigos referentes aos Princípios gerais da profissão, os Dos direitos à vida e à qualidade de vida, os Do dever de informação e o Do dever de sigilo (OE, 2015b).

Esta linha de atuação constitui não só uma competência, mas também um dever do enfermeiro explícito no REPE naquele que é o seu artigo 8º em que se institui que no exercício das suas funções o enfermeiro deve atuar de forma responsável, ética e respeitosa no que concerne, tanto aos direitos, como aos interesses dos cidadãos aos quais presta cuidados (OE, 1996).

A deontologia é frequentemente enunciada como um conjunto de regras, princípios e normas de conduta, referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão (OE, 2015b). Sendo que, o CD materializa uma ferramenta legal para a regulamentação da profissão conferindo, segundo Nunes (2011), uma autonomia essencial para a regulação de uma profissão ao mesmo tempo que responsabiliza esta profissão por defender e zelar pelos direitos das pessoas. Desta forma, torna-se compreensível que no estatuto da OE se encontre explanada a preocupação pela defesa e dignidade, quer das pessoas quer dos enfermeiros, bem como os deveres deontológicos dos enfermeiros (AR, 2015).

Enquanto enfermeiros, em todos momentos que desempenhamos as nossas funções, pretendemos atingir a excelência do cuidar, para atingir essa excelência é fundamental considerar e refletir acerca de diversas dimensões, sendo que entre elas as componentes tanto éticas como legais são cruciais, na medida em que nos permitem assegurar aqueles que são os direitos dos doentes, através do cumprimento dos nossos deveres enquanto profissionais.

Quando exercemos as nossas funções enquanto enfermeiros, para que possamos ao máximo adequar as nossas intervenções à pessoa que é alvo dos nossos cuidados, é fundamental que exista respeito pelo doente, considerando-o como um ser único e individual,

com características específicas. Nestas dimensões éticas e legais é também fundamental que exista uma constante preocupação em garantir a privacidade, dignidade e confidencialidade, bem como o respeito pelos valores e crenças de cada pessoa a quem prestamos cuidados. Aquando a nossa atuação no desenvolvimento deste estágio consideramos ter tido em conta, em todos os momentos, o acima referenciado, procurando, nas condições específicas deste serviço e perante as situações individuais e necessidades de cada pessoa, assegurar os direitos dos doentes e ao mesmo tempo cumprir com o dever enquanto ser enfermeiro. Este processo aplicou-se também na manutenção do conforto e de condições passíveis de favorecer o bem-estar dos doentes que nos surgiram ao longo deste período, favorecendo o incentivo a cuidados mais humanizados.

Uma vez que o estágio final decorreu numa UCI, importa voltar a referir que a PSC apresenta uma situação clínica em que há falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais que coloca em risco a sua sobrevivência, estando a mesma dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2015a, p.72240), e que a prestação de cuidados nestas circunstâncias “... requer atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015, p.188). Pelo que as UCI se revestem de características particulares, nos processos e dinâmicas inerentes, com grande necessidade de intervenções e procedimentos técnicos avançados e de suporte de órgãos e com uma grande concentração de meios tecnológicos. Deste modo, percebe-se a complexidade inerente à prestação de cuidados à PSC, que muitas vezes leva a que os profissionais se foquem na dimensão física, ou seja, nos procedimentos técnicos relativos ao suporte de órgãos, dos quais depende a vida da pessoa, o que pode levar a que haja menos atenção para humanização dos cuidados e que se relativizem alguns princípios éticos e deontológicos fundamentais para o exercício da Enfermagem.

No entanto, segundo o Artigo 109.º da Deontologia Profissional, alusivo à excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (AR, 2015, p. 8080). Assim, durante o estágio final, ainda que em alguns momentos de maior *stress*, complexidade técnica e instabilidade dos doentes, possamos ter focado mais a nossa atenção na vertente técnica, empenhámo-nos em tentar ter sempre presente, tanto na vertente técnica como na vertente

humana, por forma a oferecer cuidados holísticos, humanizados e centrados na pessoa, atendendo à Deontologia Profissional.

Durante a prestação de cuidados à PSC, tivemos em consideração os direitos humanos e responsabilidades profissionais, bem como princípios éticos, nomeadamente o da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Contudo, importa salientar que é frequente que a PSC tenha algum grau de disfunção cognitiva, intrínseca à patologia que motivou o internamento, ou em consequência de fármacos depressores de estado de consciência, determinando que esta tenha a sua autonomia afetada. Estimando-se que cerca de 95% das pessoas a experienciar doença crítica aguda não estejam capazes de realizar escolhas autónomas (Giacomini et al., 2009).

Consideramos que, nessas circunstâncias, em que a pessoa se encontra particularmente vulnerável, o valor da dignidade humana assume especial relevo, uma vez quando alguém se encontra privado do exercício do pensamento, “são os outros que mantêm este ser na sua dignidade de pessoa, pelo facto de o tratarem como tal, graças ao seu cuidado e ao seu acompanhamento atento e eficaz” (Renaud, 2004, p.207). Assim, durante o estágio, na nossa prestação de cuidados, procurámos preservar a dignidade de cada pessoa que cuidámos respeitando e promovendo o respeito pela sua intimidade, privacidade e confidencialidade.

Paralelamente a esta atuação, no decorrer do estágio, em diferentes momentos, ponderámos sobre as nossas escolhas e ações na prestação de cuidados, com base na ética e deontologia profissional e realizámos reflexões e respetivas partilhas e discussões com a enfermeira orientadora. Estes momentos de reflexão e partilha, fortalecem-nos, permitem aprofundar conhecimentos, bem como desenvolver habilidades, possibilitando tomadas de decisão congruentes, nomeadamente em situações complexas, sempre com o objetivo de prestarmos os melhores cuidados possíveis ao doente e família. Surgiram, nestes momentos de partilha, conhecimentos atuais à luz da evidência e das vertentes e dimensões ética, deontológica e legal, com enfoque na individualidade dos doentes, permitindo-nos este processo crescer enquanto profissionais e respeitar o CD, quer na vertente técnica e tecnológica das ciências humanas, quer na vertente dos direitos humanos dos doentes e no respeito pela sua dignidade (AR, 2015).

Com base no descrito, consideramos que primámos pelo respeito a cada pessoa alvo dos nossos cuidados, individualizando-a e enquadrando-a na sua base de princípios e valores, assentes nos domínios deontológicos e ético-legais, demonstrando capacidade de fundamentação e tomada de decisão, pressupostos estes inerentes aos domínios e competências inicialmente relatados.

Tendo em conta o exposto consideramos ter atingido o objetivo de desenvolver as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como a competência de Mestre acima referidas.

Passamos agora para as competências do segundo domínio, Domínio da Melhoria da Qualidade que resolvemos cruzar com a 5ª competência de Mestre em Enfermagem, porque entendemos que as atividades realizadas promoveram o desenvolvimento dos dois tipos de competências.

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

B-Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos

multidisciplinares e intersectoriais.

A qualidade em saúde, como já referenciado em capítulos anteriores do presente relatório, consiste num dever moral, na medida que “contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (DGS, 2015a: p.16). De realçar que, aumentar a qualidade e segurança no sistema de saúde, requer superior empenho na governação por parte dos seus decisores com compromisso também dos profissionais, no qual os enfermeiros ao constituírem uma das bases maioritárias de trabalho no sector, representam um papel fundamental (MS, 2015a).

A nível profissional analisámos e regemo-nos por diversos documentos referente à qualidade dos cuidados, entre eles, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017) bem como o Regulamento das CC do EE (OE, 2019a), os quais estruturam e orientam a prática de enfermagem e reforçam a segurança dos doentes como pilar na obtenção da qualidade para os cuidados prestados ao longo do estágio.

Assim, para ser possível atingir estas competências, antes de aplicar conhecimentos na prática, foram fundamentais a UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e UC Investigação em Enfermagem, bem como a leitura e análise dos diferentes documentos referidos anteriormente, para fortificar os nossos conhecimentos e permitir uma prática de cuidados adequada, consciente e de qualidade.

Ao desenvolvermos o PIS a que nos propusemos, trabalhámos no sentido de elaborar um projeto de melhoria contínua da qualidade, que permitisse garantir a segurança e a qualidade da PSC com Sepsis no serviço, assegurando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Este foi um projeto apresentado e aprovado pela Enfermeira Chefe do Serviço, Enfermeira Orientadora e Docente orientadora, após ter sido identificado e reconhecido como uma área de melhoria relevante e pertinente para o serviço, tendo sido construído com base em evidência científica, normativos internacionais, nacionais e elaborado a partir de um modelo teórico da PBE, largamente testado e aceite. Assim, com o desenvolvimento e concretização

do PIS, pretendeu-se demonstrar igualmente a aquisição e desenvolvimento das competências alvo de análise, sendo que ao longo do percurso do mesmo se ambicionou a dinamização e o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da governação clínica, na conceção de programas de melhoria contínua da qualidade tendo como foco, entre outros, a criação de um ambiente terapêutico e seguro.

A nível de atuação no serviço, demos primazia a obter conhecimentos dos projetos e programas de melhoria contínua da qualidade em prática no mesmo, colhendo informações junto da Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora e através da consulta de documentação existente no serviço. Utilizámos estratégias de colheita de dados, observação de atuação e momentos de partilha com elementos de referência nas equipas, no sentido de obter informação relacionada com os recursos existentes, bem como dados relacionados com a produção de cuidados e planos vigentes relativos à promoção da segurança do doente.

Ao longo do estágio, a par da prestação de direta de cuidados, observamos a atuação da Enfermeira Orientadora, identificamos oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria na prestação de cuidados, através de reflexão individual e em conjunto com a mesma. Avaliamos também, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, a qualidade dos cuidados que prestamos, tendo por base evidência científica, com intuito de consolidar conhecimentos e melhorar sempre que possível a qualidade das intervenções prestadas.

Esta postura foi similar no que respeita à prevenção da Infecção Associada a Cuidados de Saúde [IACS], em que procurámos fortalecer os nossos conhecimentos baseando-nos nas normas em vigor a nível institucional, nomeadamente as normas de orientação clínica e de boas práticas, o que se refletiu numa prática de cuidados em conformidade com as mesmas e na partilha e discussão de informações sobre o tema, com a equipa em que nos integramos, perante a qual nos empenhámos em reforçar as boas práticas.

Segundo Backes, Erdmann & Buscher (2015), a UCI, como contexto de cuidado à PSC, é considerada um ambiente de elevada complexidade, devido ao caráter urgente das intervenções, à utilização de múltiplos meios tecnológicos e de procedimentos extremamente invasivos, dos quais depende a sobrevivência da pessoa. Atendendo ao caráter urgente e complexo das intervenções a desenvolver no cuidado à PSC, em que é necessário estar

desperto para a deteção de complicações e ser capaz de agir a qualquer momento, para além termos investido na pesquisa constante, o que impulsionou uma PBE, empenhámo-nos em conhecer os todos protocolos e normas instituídos na UCIP e em aprender a manusear os equipamentos com os quais não estávamos familiarizados, o que se revelou fundamental para uma prestação de cuidados adequada e em tempo útil, resultando numa melhor qualidade dos mesmos.

Uma vez que a segurança é indissociável da melhoria da qualidade dos cuidados, durante a prestação de cuidados, pretendemos promover um ambiente seguro, focando na atuação preventiva. Debruçámo-nos assim, sobre a promoção e manutenção de uma cultura de segurança eficiente em torno dos cuidados prestados à PSC, dando primazia a prevenção da ocorrência de riscos, identificando, gerindo, mitigando ou eliminando os mesmos.

Neste seguimento consideramos que a aplicabilidade da Escala de Agitação e Sedação de Richmond e da Escala Comportamental de Dor para avaliação da sedação e analgesia do doente ventilado, a Escala de Braden para prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão, a Escala de Morse como prevenção do risco de queda, são exemplos da aplicabilidade prática do foco preventivo na prestação de cuidados, onde, mediante a identificação e estratificação de um risco, se instituem estratégias adequadas para a redução ou eliminação do mesmo.

De forma a salvaguardar uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados, não descuramos também os riscos inerentes à transferência de cuidados. Tendo em consideração a transição segura dos mesmos, através da elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, salvaguardando uma avaliação o mais completa possível dos doentes, bem como registo de todas as informações que pudessem ser úteis à posteriori para a continuidade dos cuidados. A par do referido, nos momentos de passagem de turno, recorreremos à utilização de um guia semiestruturado de suporte à informação, para que a sua transmissão fosse organizada, completa e de acordo com a forma como é realizada no serviço.

Com base no exposto, consideramos que desempenhámos ações dinamizadoras da governação clínica, garantindo a promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, pressupostos transcritos nos domínios e competências anteriormente mencionados.

Portanto, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do EE no domínio da melhoria da qualidade, bem com a competência de mestre exposta.

Passamos agora para as competências do terceiro domínio, Domínio da Gestão dos Cuidados, que resolvemos cruzar com a 1ª competência de Mestre em Enfermagem, porque entendemos que as atividades realizadas promoveram o desenvolvimento dos dois tipos de competências.

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

C – Domínio da Gestão de Cuidados

C1 – Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

Competências de Mestre em Enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

A gestão dos cuidados assume-se como uma competência fundamental do enfermeiro e também como um dever, encontrando-se salvaguardada na deontologia profissional. Enquadrado na prestação e gestão de cuidados, sabemos que o enfermeiro, analisa o seu trabalho e gere os recursos existentes rentabilizando-os e adequando-os às necessidades, perante a obrigação e responsabilidade de responder sobre as suas tomadas de decisões e pelos atos que pratica ou delega (AR, 2015). No âmbito da prestação especializada de cuidados, a gestão dos mesmos assume outra dimensão, que passa por gerir os recursos necessários à prestação de cuidados seguros, na medida que se espera que o EE otimize “as respostas de

enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e adequa “ (...) os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4748).

Assim, gestão dos cuidados assume-se como uma competência essencial do enfermeiro, contudo, no âmbito da prestação de cuidados especializados esta competência exige uma abordagem mais ampla e profunda. A competência de EE na gestão dos cuidados não se prende apenas à prestação direta de cuidados ao doente, envolve também a gestão das equipas e da sua atuação, a delegação e supervisionamento de tarefas, quer na equipa de enfermagem quer de outros profissionais funcionalmente dependentes, a análise das competências demonstradas por estes e orientação dos mesmo, sempre que necessário, com vista à manutenção de um ambiente seguro.

Estas características conferem a esta competência uma abrangência que exige dos EE o conhecimento dos cuidados mais adequados e atualizados, reconhecendo a sua complexidade, nomeadamente na prestação de cuidados ao doente crítico, da mesma forma que uma visão integrativa e aprofundada na área de gestão. Esta compreensão e capacidade advêm do percurso profissional e da experiência detida na prática diária, que vai permitido assimilar algumas competências de forma empírica, observando e participando, juntamente com os pares no decurso do exercício de funções inerentes ao domínio da gestão, bem como das bases teóricas que adquirimos e desenvolvemos ao longo do percurso académico do mestrado. Sendo ainda fundamental para esta aprendizagem a reflexão, a análise crítica e a partilha feita com os pares no decurso das atividades desenvolvidas, balizada em conhecimentos científicos.

Constatámos que, na UCIP, a designação do enfermeiro responsável de turno é efetuada pela Enfermeira Chefe, sendo, sempre que possível atribuída a um EE, conforme previsto no parecer n.º 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica onde é descrito que este posto “ (...) compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área de gestão” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017, p. 2).

Deste modo, a função de responsável de turno é predominantemente atribuída aos EE, sendo dada primazia a EE em EMC-PSC e destes assumido o elemento que, detendo esta

especialidade, tem mais tempo de serviço, sendo consideradas as competências demonstradas pelos mesmos e encarando que são estes enfermeiros que harmonizam as competências formais com a sabedoria da experiência. No entanto, uma vez que apenas 29% dos enfermeiros detêm especialidade, existem alguns turnos em não existe um EE na equipa, nestas circunstâncias, esta posição é assumida por um enfermeiro que seja reconhecido como perito que, segundo salienta Benner (2001) no seu modelo de aquisição de competências, se refere a um enfermeiro com elevada experiência e que compreende de maneira intuitiva cada situação e é capaz de apreender diretamente os problemas, agindo a partir de um entendimento profundo da situação global.

De acordo com o funcionamento acima referido e tendo em conta que a nossa Enfermeira Orientadora além de detentora da especialidade em EMC-PSC tinha muito tempo de serviço, em praticamente todos os turnos que realizámos a mesma ficava destacada como responsável de turno. Esta realidade permitiu, que ao longo do estágio, pudéssemos acompanhar e colaborar com a mesma no desempenho das suas funções neste posto, adquirindo conhecimentos e experiência sobre os quais discutimos e refletimos de forma sistemática, o que se apresentou como uma mais-valia no caminho de desenvolvimento desta competência.

Em dois dos turnos que realizamos, a Enfermeira Orientadora, devido ao elemento que desempenha essa função estar ausente do serviço, assumiu o posto de apoio à gestão do serviço em conjunto com a Enfermeira Chefe, pelo que tivemos também oportunidade de observar, acompanhar e colaborar no desempenho destas funções, o que contribuiu de forma muito positiva para a aquisição desta competência de gestão. Na medida em que nos permitiu observar e colaborar com a Enfermeira Orientadora no desempenho destas funções específicas particulares da área de gestão, principalmente a nível da gestão de recursos físicos e materiais.

A liderança é um fenómeno constituído e influenciado por diversas variáveis e que na profissão de enfermagem se baseiam em pressupostos como o conhecimento, a capacidade de comunicar, a energia, a própria ação e o alcance de objetivos estabelecidos (Tappen, Grimley & Weiss, 2019). Consideramos assim que é fundamental que o estilo de liderança se adequa às diferentes situações e às características das equipas que se lideram.

Desta forma, ao realizar uma reflexão acerca da adequação de estilos de liderança, tendo por base a nossa experiência profissional e situações presenciadas durante estágio final, pensamos que a adoção de um estilo de liderança de forma permanente não deve ser o caminho para uma postura assertiva enquanto líder. Assim, acreditamos que o estilo de liderança deve ser adaptado a cada situação, isto é, um líder que normalmente opta por um estilo democrático, numa situação de emergência, nomeadamente quando falamos de doente crítico e da sua instabilidade, que requer uma atuação rápida, pode demonstrar um estilo mais autocrático, por forma a garantir rapidez, eficácia e eficiência na atuação da equipa, em prol adequação e qualidade dos cuidados. Esta capacidade de identificação do estilo de liderança situacional apropriado é essencial, na medida em que demonstra a aptidão de reconhecer a liderança adequada à situação, por forma a garantir segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2018).

Refletindo sobre a atuação da nossa Enfermeira Orientadora enquanto responsável de turno, consideramos que a mesma adequou o estilo de liderança às situações e à equipa que estava a realizar o turno. Assim, embora a mesma tenha revelado um padrão de liderança, na maioria das vezes, democrática demonstrando escutar, entender e discutir os pontos de vista de forma bilateral, justificando as suas opções através de uma comunicação assertiva o que, segundo Chiavenato (1987), favorece melhores resultados e um maior índice de satisfação. Quando necessário em situações de maior urgência e instabilidade dos doentes ou na presença de conflitos entre os elementos da equipa, adotou um estilo de liderança mais autocrático, por forma a resolver as situações e garantir uma prestação de cuidados rápida, adequada e de qualidade. O fato de termos observado e refletido sobre o acima descrito revelou-se fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades promotoras da aquisição da competência de gestão.

Uma das funções principais do enfermeiro responsável de turno consiste na gestão dos cuidados mediante os recursos humanos disponíveis, através da realização do plano de distribuição de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, assim como a redefinição do mesmo no decorrer do turno, caso as circunstâncias exijam a reorganização da equipa. Sendo assim fundamental que, tendo em conta as situações que surgem, tenha a capacidade de proceder a ajustes na equipa e nos recursos materiais, compreendendo a sua finitude, garantindo a manutenção da segurança do doente e uma prestação de cuidados de

qualidade. Este é um papel com um alto nível de exigência, que requiere um elevado nível de assertividade e capacidade de gestão de recursos e ainda de conflitos que possam surgir.

Tendo em conta que o estágio foi realizado no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, esta gestão foi ainda mais exigente, pela sobrecarga de trabalho que daí adveio, bem como pelas constantes alterações em termos físicos e materiais, e ainda pela existência de duas unidades em espaços físicos diferentes, sendo que a responsável era a mesma para os dois locais. Consideramos que esta circunstância se verificou como uma mais-valia em termos de aquisição de habilidades no domínio da gestão em situações particularmente adversas e exigentes.

Como já referido, realizámos 2 turnos em que a Enfermeira Orientadora estava alocada a funções exclusivamente de gestão e coordenação, como elemento de apoio à Enfermeira Chefe. Nesta função, assiste-se à passagem de informação entre responsáveis de turno, e desempenham-se as funções de gestão logística, burocrática e de âmbito não clínico, gerindo os materiais existente no serviço e procedendo à articulação com os serviços de apoio e assessoria, particularmente com o serviço de aprovisionamento, serviços farmacêuticos e serviço de esterilização. Esta gestão é de carácter prospetivo e antecipatório, pretendendo-se antever as necessidades logísticas e de recursos para uma efetiva prestação de cuidados de qualidade.

Assim, é de salientar que tendo como base prévia os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico do mestrado, nas diferentes UC's, particularmente na UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, bem como a leitura e análise no início do estágio dos documentos reguladores da profissão referentes ao domínio da gestão de cuidados, ao longo do estágio procedemos à observação principalmente da Enfermeira Orientadora enquanto responsável de turno e enquanto elemento de apoio à gestão, colaboramos na operacionalização dessas tarefas sempre que possível e refletimos em conjunto com a mesma sobre a exigência e importância desta área de gestão no seio da equipa quer de enfermagem quer restante equipa de saúde, o que foi fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades nesta área de competências.

Relativamente ao papel que o EE comporta perante a equipa, foi presenciado que existe uma responsabilidade acrescida na prestação e gestão dos cuidados, na medida que lhe é reconhecido perante os pares “o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (OE, 2015a, p.17242), assim como uma pessoa de referência nas “(...) situações problemáticas identificadas por outros profissionais, da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica” (OE, 2015a: p.17242). Assim o EE, principalmente o que é concomitantemente responsável de turno, é de forma geral, considerado uma referência para os restantes enfermeiros e outros grupos profissionais, sendo o elemento a quem recorrem perante o surgimento de uma dúvida ou dificuldade, demonstrando interesse em que o mesmo colabore no processo de tomada de decisão, espelhando neste um alicerce fulcral. Entendemos assim, que o EE, assume um papel preponderante no nível de qualidade dos cuidados que a equipa presta, através do exemplo demonstrado e da capacidade de resposta perante as solicitações da equipa, o que requer que detenha um elevado nível de conhecimentos e competências, quer de ordem técnica e científica, quer relativos às relações humanas.

O PIS que desenvolvemos permitiu-nos também trabalhar e desenvolver esta competência, na medida em que nos levou a otimizar os recursos existentes tendo em conta o contexto e realidade vivida no momento, bem como nos exigiu uma constante necessidade de gestão e adaptabilidade do PIS, face aos condicionalismos externos já descritos a que fomos sujeitos. Esta gestão de recursos aliada ao planeamento do PIS, permitiram-nos desenvolver competências na área estratégica de gestão e liderança.

Analisando o exposto, apesar de não ser possível como alunos, exercer de forma autónoma as funções de gestão e liderança enquanto responsável de turno, consideramos que a observação, a colaboração, as ações desenvolvidas e a análise reflexiva das situações acima explanadas, permitiram o desenvolvimento das competências focalizadas.

Realizaremos de seguida a análise da primeira competência do quarto domínio, Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, que resolvemos cruzar com a 4ª competência de Mestre em Enfermagem, na medida em que consideramos que as atividades desenvolvidas promoveram o desenvolvimento dos dois tipos de competências.

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Competências de Mestre em Enfermagem

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

A capacidade de autoconhecimento é central na prática de enfermagem uma vez que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a). Segundo Phaneuf (2005) estas relações são favorecidas pela auto-reflexão que impulsiona autoconhecimento através da tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, assim como a retroação pelos outros, permitindo-nos uma consciencialização de nós próprios, ou seja, permite-nos saber quem somos e como somos, bem como as estratégias que necessitamos de colocar em prática por forma a nos atualizarmos, potencializarmos e desenvolvermos. Neste contexto, releva-se a importância do autoconhecimento e a autorreflexão como ferramenta para a relação terapêutica Enfermeiro-Doente (Rasheed, 2015), bem como com as equipas multidisciplinares que integramos. Desta forma a evolução enquanto EE é intrínseca à evolução enquanto pessoa.

Como refere Veloso (2016), a assertividade é a capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis com recurso a comportamentos que respeitam os valores e direitos de nós próprios e dos outros. Esta capacidade pode ser desenvolvida através de uma PBE, procurando

a melhor evidência disponível e posteriormente saber aplicá-la, como defende Larrabee (2011).

Entendemos assim que, é o conhecimento de nós próprios, das nossas competências e limitações, que possibilita a evolução profissional e pessoal e impulsiona o desenvolvimento da assertividade na interação com o outro. É fundamental que saibamos reconhecer as nossas capacidades e competências de forma efetiva, para que possamos rentabilizar ao máximo as nossas aptidões e para que possamos sentir segurança nas nossas intervenções, contudo é também fundamental que saibamos reconhecer as nossas fragilidades e limitações, pois se não formos capazes de as reconhecer, elas permanecem connosco, porque não agimos por forma a ultrapassá-las. Sendo que é essencial que procuremos os melhores recursos possíveis para ultrapassar e suprimir ao máximo as nossas limitações e dificuldades por forma a evoluir, enquanto pessoa e profissional.

A realização do estágio final numa UCIP de um hospital diferente daquele em que exerço funções, mostrou-se muito desafiante e exigente, tendo em conta que o contexto de prestação de cuidados foi diferente e o ambiente também. O que se revelou ser uma oportunidade para estimular e desenvolver o autoconhecimento, apreciação e avaliação do ser humano e do ser enfermeiro, nomeadamente EE. Esta foi uma experiência fundamental na interação com diferentes profissionais, bem como de aprendizagem na adaptabilidade a diferentes metodologias de trabalho e a diferentes contextos de prestação de cuidados, que estimulou autoconhecimento, tanto das nossas capacidades como das nossas limitações, o que promoveu, sem dúvida, o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e contribuiu para criar e desenvolver estratégias de *coping* na construção do SER EE.

Assim, ao longo do estágio procurámos em diferentes momentos refletir de forma individual e em conjunto com a enfermeira orientadora e restante equipa, sobre os nossos comportamentos e dificuldades na prestação de cuidados e na interação com a equipa, o que foi fundamental para que conseguíssemos desenvolver estratégias para superar obstáculos e promover a adaptabilidade ao serviço e equipa, bem como promover a melhoria na prestação de cuidados. Analisando agora, após o término do estágio, consideramos que as estratégias utilizadas foram eficientes na medida em que nos sentimos adaptados ao serviço, bem como à equipa com a qual estabelecemos um relacionamento saudável e promotor da evolução,

assim como superamos as nossas dificuldades nas intervenções em que inicialmente sentimos algumas limitações.

Da reflexão que realizamos perante o desafio que estávamos a vivenciar na realização do estágio, surge não só, mas também, o reconhecimento e análise das nossas limitações enquanto pessoas e enquanto enfermeiros. Este aspeto transporta-nos para situações específicas nas quais sentimos estar menos preparados de início. O reconhecer destas limitações/dificuldades junto da nossa orientadora, para além de demonstrar autoconhecimento, permitiu estabelecer objetivos e organizar o trabalho a desenvolver no sentido de esclarecer dúvidas e colmatar necessidades. Esta estratégia passou, não só pelo investimento do ponto de vista teórico, mas também na procura de realizar as intervenções em que sentíamos mais dificuldade, com a finalidade de desenvolver competências que reconhecemos ter em falta.

Promovemos também momentos de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora sobre situações que geram desconforto e/ ou *stress*, a fim tomar conhecimento das nossas capacidades e limitações nessas situações. Sentimos que ao longo do estágio a habilidade de lidar com este tipo de situações teve uma evolução muito positiva e que otimizamos a capacidade para gerir os diferentes sentimentos e emoções, que a prestação de cuidados ao doente crítico impulsiona. Este aspeto promoveu também o desenvolvimento da assertividade que é particularmente fundamental neste tipo de situações.

A introspeção constante, promotora do autoconhecimento, revelou-se extremamente importante no desenvolvimento da assertividade na interação com o doente, família e diversos elementos da equipa multidisciplinar. Neste aspeto, reconhecemos que não só as experiências vivenciadas neste estágio, mas também a prática adquirida ao longo dos anos de exercício profissional, exerceram muita influência, pois em certas ocasiões do passado tivemos situações em que nos deixamos influenciar pelas emoções ou pelo *stress*, o que conduziu a uma interação menos assertiva. No entanto, através da reflexão que temos vindo a referir acima, sobre diferentes situações vivenciadas, foi-nos possível reconhecer melhor a influência das nossas características pessoais, bem como adotar estratégias de *coping* que se têm revelado eficazes. Por conseguinte, nesta fase do nosso desenvolvimento profissional, sendo que este processo académico tem sido fundamental, acreditamos deter um importante autoconhecimento, que nos faz agir com assertividade, mesmo quando confrontadas com

situações de maior pressão ou quando somos chamados a intervir na mediação de conflitos, circunstâncias onde procurámos atuar com serenidade, respeito, imparcialidade.

Desta forma pensamos ter promovido tanto a autorreflexão como a reflexão conjunta com a enfermeira orientadora, que impulsionou o autoconhecimento no sentido de nos desenvolvermos e capacitarmos para tomadas de decisão e ações assertivas que possam, nomeadamente no contexto do UCIP, assegurar a segurança do ambiente e dos cuidados, permitindo garantir um nível de qualidade crescente no caminho da excelência.

De referir que a UC Relação de Ajuda, onde fomos estimulados a treinar técnicas de comunicação e refletir sobre vivências passadas, que influenciam a nossa forma de ser e de estar enquanto profissionais e a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, onde desenvolvemos um trabalho sobre a temática da comunicação de más notícias e a forma com estas interferem e influenciam a relação com os outros, nomeadamente com o doente/família, contribuíram também de forma importante para a capacidade de gerir emoções, desenvolver a assertividade e a habilidade na relação com o outro, e, deste modo, para o desenvolvimento desta competência.

Refletindo de forma crítica sobre o processo e o caminho realizados durante o estágio no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tendo em conta o acima explanado pensamos ter promovido e desenvolvido o autoconhecimento e assertividade e como tal alcançado a competência proposta.

Passamos agora para a segunda competência do quarto domínio, Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, que resolvemos cruzar com a 2^a e 6^a competências de Mestre em Enfermagem por considerarmos que as atividades desenvolvidas promoveram o desenvolvimento dos dois tipos de competências

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

A prática baseada na evidência, como já descrito anteriormente, consiste na integração da melhor evidência, proveniente de uma pesquisa organizada, sistemática e sistematizada, conjugada com a experiência e julgamento clínico e os valores e preferências do doente na tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011). Assim, na prestação de cuidados, para uma tomada de decisão crítica, criteriosa e fundamentada é essencial articular, de forma equilibrada, a experiência profissional, geradora de conhecimento empírico, que contribui para a construção de um juízo clínico, com o conhecimento que advém de evidência científica atual e relevante.

No que respeito à documentação de caráter profissional, a OE (2015b) refere, na deontologia profissional, no artigo 97º, que os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 2015b, p. 78) Também no artigo 100º do CD dos

enfermeiros, é definido como dever do enfermeiro garantir uma atualização dos conhecimentos permanente, nomeadamente através da participação em ações consideradas de qualificação profissional (AR, 2015). Reforçando ainda, no artigo 109º, que os enfermeiros devem procurar a excelência, assumindo o dever de manter continuamente atualizados os conhecimentos e “...utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015, p.8080). No que concerne à atuação do EE, esta deve basear as suas intervenções e tomadas de decisão em múltiplas dimensões do conhecimento, tanto atuais quanto pertinentes, com bases científica, ética, estética, pessoal e enquadrada do ponto de vista sociopolítico (OE, 2019a).

Tudo o acima relatado se amplifica e torna ainda mais imprescindível, quando nos remetemos para a complexidade inerente à prestação de cuidados ao doente crítico, no que respeita ao processo terapêutico e aos recursos necessários, implicando dos profissionais de saúde, em particular aos EE EMC-PSC, a competência para avaliar e analisar a viabilidade da evidência científica disponível, atual e relevante e aplicá-la da melhor forma na prática clínica (Deutschman & Neligan, 2019). Assim, a exigência que a prestação de cuidados a estes doentes implica, necessita de uma constante aquisição, desenvolvimento e atualização de conhecimentos. Desta forma, consideramos muito pertinente e sentimos a necessidade de uma constante atualização de conhecimentos, através da procura de evidência científica para uma revisão mais aprofundada na área do doente crítico, da consulta e análise de documentos reguladores da profissão, políticas de saúde e institucionais, da revisão de conteúdos lecionados e discutidos ao longo do presente percurso académico, que cruzamos com os conhecimentos decorrentes da experiência na prática clínica. Esta postura de pesquisa e procura de documentos, bem como a relevância dada aos conhecimentos adquiridos na prática e à individualidade de cada doente, prova que realizámos um caminho no sentido da exercer uma PBE, entendida como o exercício profissional fundamentado na melhor evidência científica, nos saberes decorrentes da experiência prática e nos valores do doente (Larrabee, 2011).

Desde o início do percurso académico do mestrado, que diferentes UC's promoveram a investigação científica e o desenvolvimento de trabalhos científicos, incentivando e incrementado uma prática baseada em evidência científica. Destacamos a UC de Investigação, em que tivemos a oportunidade de desenvolver um artigo de revisão sistemática da literatura e

desta forma incrementar conhecimentos sobre a metodologia de investigação e a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, na qual desenvolvemos uma revisão sistemática que resultou na construção de um *poster*. Esta postura de investigação foi transversal a todas as UC's nas quais foi necessário desenvolver trabalhos, que foram sempre fundamentados em bases teóricas e científicas e documentos oficiais tendo em vista à sua aplicabilidade prática no contexto da prestação de cuidados de enfermagem especializados estimulando assim desde logo uma PBE.

A realização do PIS que desenvolvemos no decorrer do estágio final, promoveu a aquisição das diferentes competências em análise, na medida em que levou à realização de um projeto com base na MP e no MMPBE, sendo que o mesmo conduziu ao desenvolvimento de diferentes atividades que estão também enquadradas nas competências em análise. Destacamos a elaboração de uma *Scoping Review*, a elaboração de um *poster*, de uma sessão de formação divulgada à equipa de enfermagem, bem como a realização de um portefólio que incorporava diferentes documentos orientadores de uma prática baseada em evidência científica.

Destacando mais uma vez o PIS realizado, consideramos que o mesmo foi fundamental para o desenvolvimento das competências que enunciámos, na medida em que a aplicação da metodologia de projeto possibilitou a utilização de ferramentas de investigação tanto com base nas necessidades sentidas na prática clínica, como num prisma de investigação-ação, tal como já descrevemos no capítulo anterior. Desta forma, todo o caminho percorrido desde o diagnóstico da situação, que nos levou a identificar uma necessidade de intervenção no serviço onde desenvolvemos o estágio, passando pelo planeamento e execução do PIS foi muito relevante. Destacando também, a parte formativa para a equipa, a divulgação do trabalho e dos documentos elaborados, culminando avaliação realizada, que foi a possível, tendo em conta a realidade temporal, o contexto e os constrangimentos já referidos. Julgamos que este foi um trabalho expressivo naquela que é uma postura de atuação de PBE e disseminação de investigação científica, na medida que o nos levou ao desenvolvimentos de ações promotoras de formação e de uma fomentação de PBE pela equipa de enfermagem do serviço.

No que se refere à conceção da sessão de formação, com vista à formação dos enfermeiros do serviço, foi fundamental para este planeamento formativo, a UC de Formação e Supervisão em Enfermagem, na qual desenvolvemos conhecimentos desde os referenciais teóricos de

aprendizagem, formação e supervisão clínica, culminando num trabalho que envolvia a operacionalização de um plano de formação em serviço, onde treinamos o percorrer de todo o caminho que vai desde o levantamento das necessidades formativas até à avaliação dos resultados, o que se revelou de extrema importância para o desenvolvimento do PIS e consequente aquisição destas competências.

Como já foi referido anteriormente inserido no PIS e referente à temática abordada no mesmo, foi elaborada uma *Scoping Review*, que resultou na elaboração de um artigo científico intitulado de “**Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico com Sepsis: uma *Scoping Review***” (Apendice III), o que promoveu a disseminação de investigação e a PBE. Este artigo teve avaliação quantitativa relevante na UC Estágio Final.

Considerando a realidade pandémica vivida, e reconhecendo a importância da formação e desenvolvimento de conhecimentos relativos à COVID-19, participámos no curso **COVID-19 Skills, Preparation Course**, ministrado pela *European Boards for Accreditation in Cardiology*. Este curso estendeu-se entre os meses de Novembro e Dezembro de 2020 e contou com um total de 24 créditos divididos em 2 momentos, um momento formativo teórico inicial (Anexo II) seguido de um programa de treino local (Anexo III), este curso incluía uma avaliação sendo a concluímos com sucesso (Anexo IV).

Durante o período de estágio participámos ainda em duas ações formativas de relevância, tendo sido elas o “**VI Simpósio de Enfermagem 2021 – Ontem, Hoje e... Amanhã**” (Anexo V) e o “**Curso Sepsis 2021**” (Anexo VI), ministrado pelo Grupo de Infecção e Sepsis, com um programa que teve a duração de 2 dias (Anexo VII). Estas duas formações permitiram, não só adquirir e desenvolver conhecimentos, como proporcionaram a partilhar experiências e conhecimentos com a equipa onde desenvolvemos o estágio, bem como com a equipa onde trabalhamos, em diferentes contextos da prestação de cuidados, principalmente no que se refere ao cuidado ao doente crítico.

Assim, neste nosso percurso primamos pela procura da melhor e mais atualizada evidência científica, nomeadamente através participação em ações de formação, pesquisa científica e estudo constante de conteúdos acerca do doente crítico, assumindo a formação contínua como essencial ao desenvolvimento enquanto EE, respeitando um dever enquanto EE no que se

refere a certificação de um permanente investimento na atualização dos seus conhecimentos (OE, 2019a). Consideramos também, que através do desenvolvimento do PIS fomentamos uma PBE, tanto em nós como na equipa de enfermagem onde desenvolvemos o estágio, concebemos e realizamos formação dos pares, disseminamos conteúdos baseados em evidência científica e desenvolvemos um artigo científico que permitiu disseminar investigação. Tendo em conta tudo o que descrevemos nesta reflexão e análise crítica das competências em questão, consideramos ter desenvolvido e adquirido as mesmas com sucesso.

Depois de terminada a análise reflexiva das CC do EE que são comuns a todos os EE passamos para a área específica da EMC-PSC, sendo estas de extrema importância por remeterem para a abordagem específica à PSC.

3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Competências Específicas [CE] do EE, de acordo com o conceito arrogado pela OE (2019a), são competências “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades” (OE, 2019a, p.4745).

As CE do EE em EMC, integram-se com as CC do EE, já descritas, no qual se gera um mapa concetual que rege, define e concretiza a prática de enfermagem especializada, juntamente com as competências clínicas específicas da área, de acordo com o alvo e o contexto de intervenção (OE, 2018).

Segundo a OE (2018), que arroga a abrangência da área da EMC, assim como a necessidade de se especificar competências nas diferentes áreas que emergem, existiu a necessidade de criar áreas específicas. Assim, inclusas nas competências de EMC, estão as competências da EMC-PSC, sendo que apenas estas últimas vão ser alvo de análise e reflexão.

Assim, preconiza-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [EEEPSC], para além das CC de EE, detenha o seguinte perfil de CE:

“a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

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

c) 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.” (OE, 2018, p. 19359).

Os enfermeiros especialistas em EMC-PSC “assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” e são reconhecidos como elemento fundamental “na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica.” (OE, 2015a, p.17241).

Seguidamente iremos proceder a análise crítica e reflexiva das competências relativas à EMC-PSC, mantendo a anterior congruência no que refere a esta análise, na medida em que as competências de Mestre em Enfermagem serão analisadas em conjunto com as CE EMC-PSC, sempre que se mostre adequado.

<p>Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa</p> <p>em Situação Crítica</p>
<p>1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p>

Compreendendo o nível de complexidade, exigência, especificidade, Que a prestação de cuidados à PSC exige, devemos ter em conta na análise das CE de EE em EMCPSC que é exigido, do EEEPSC, a mobilização de uma multiplicidade de conhecimentos e competências, para uma prestação de cuidados, de forma atempada, proporcional, individual e holística (OE, 2018).

Tendo em conta que o nosso estágio foi realizado numa UCIP e considerando os conceitos acima descritos, todos os doentes aos quais prestamos cuidados neste contexto, eram caracterizados como doentes críticos, carecendo assim, de cuidados complexos e muito específicos, prestados em tempo útil, com eficiência e eficácia e elevada qualidade. Deste modo, pelo caráter urgente e muitas vezes emergente da maioria das intervenções à PSC, (Bersten & Handy, 2019; Marini & Dries, 2019), é imprescindível o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências na abordagem ao doente crítico, que devem ser, sempre que possível, de índole antecipatória e preventiva, intervindo de forma rápida, perante potenciais focos de instabilidade, identificados precocemente. Sendo que, para que tal aconteça, é fundamental instituir cuidados com o necessário nível de vigilância e monitorização tendo em conta a gravidade da situação clínica do doente.

Neste contexto, o EEEPSC, dadas as suas competências adicionais na prestação de cuidados à PSC, e tendo em conta que são os enfermeiros que estão continuamente junto do doente, levando a uma monitorização e prestação de cuidados de cariz permanente, encontra-se numa circunstância singular para prevenir e atuar rapidamente perante os focos de instabilidade clínica. Dada a importância quer da deteção precoce de focos de instabilidade, quer da rápida ação perante os mesmos o enfermeiro é fundamental quer na realização de intervenções como na comunicação rápida sempre que necessário com outros profissionais de saúde, particularmente os clínicos responsáveis pelo doente.

Deste modo, pretendemos, no decurso do estágio final, a demonstração de competências na identificação e resposta adequada e atempada de focos de estabilidade, adquiridas durante a nossa experiência profissional, desenvolvidas e aperfeiçoadas pelos conteúdos lecionados durante o ME e pela preocupação constante em aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades nesta área do doente crítico através de pesquisa bibliográfica e estudo, bem como partilha e aprendizagem com a enfermeira orientadora. Como tal, efetuámos, durante a

prestação de cuidados, uma avaliação, vigilância e monitorização frequente e/ou contínua do doente e realizamos uma abordagem priorizada, organizada e sistematizada. Onde tivemos por base todos os conhecimentos e habilidades que fomos adquirindo e desenvolvendo e a avaliação amplamente testada na prática clínica, como é a abordagem primária ABCDE¹ (*American College of Surgeons* [ACS], 2018; *American Heart Association* [AHA], 2016; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019), com as devidas adaptações, nomeadamente em situações de trauma, com o controlo da coluna cervical, na via aérea, e o controlo da hemorragia, na circulação (ACS, 2018; INEM, 2019).

Como referido anteriormente, os cuidados à PSC envolvem uma grande complexidade e assumem, na maioria das vezes, um carácter urgente/emergente que envolve uma multiplicidade de procedimentos complexos e exigentes, que requerem a intervenção multidisciplinar, constatando-se, deste modo, que o trabalho em equipa se revela fundamental para uma resposta adequada e atempada, perante as necessidades da pessoa tendo em conta a sua individualidade e condição clínica. Desta forma, para promover a eficácia dos cuidados, é fundamental que cada profissional saiba as funções que tem de desempenhar e que os cuidados sejam uniformizados, para minimizar atrasos na intervenção ao doente e reduzir a probabilidade de ocorrência de erros. Assim, em UCIs, é fundamental a implementação de protocolos e projetos de atuação, sendo que os mesmos são instrumentos essenciais para a promoção da PBE, da uniformização de cuidados e coordenação entre profissionais, com consequente incrementação da segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados (Mazer & Levy, 2016). A UCIP onde realizamos o Estágio Final apresenta vários protocolos clínicos sobre diversas áreas, baseados em evidência, sendo que como qualquer protocolo, é importante que seja feita uma adequação à situação que se apresenta. Assim, regemos as nossas intervenções de acordo com os protocolos existentes, com a devida adaptação às diferentes situações clínicas.

Ao longo do nosso percurso profissional e académico, foram igualmente desenvolvidas competências no que respeita à execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, nomeadamente: cuidados de enfermagem na entubação e extubação endo-traqueal, na manutenção de via aérea artificial, gestão da VMI e VNI; oxigenoterapia de alto fluxo;

¹ A - *Airway*/Via aérea; B - *Breathing*/Ventilação e oxigenação; C - *Circulation*/Circulação; D - *Disability*/Disfunção Neurológica; E - *Exposure*/Exposição (ACS, 2018; AHA, 2016)

intervenções de enfermagem durante a execução de traqueostomia percutânea e broncofibroscopia; realização e interpretação de gasometria; posicionamento em decúbito ventral; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, incluindo manuseamento de cateter PiCCO e realização de ponto hemodinâmico, avaliação de pressão venosa central e pressão intra-abdominal; intervenções de enfermagem durante a colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, arterial e epidural; cuidados de enfermagem ao doente submetido a punção lombar; cuidados ao doente com drenagens pleurais, torácicas e abdominais; terapias de substituição renal; nutrição parentérica, controlo glicémico com perfusão contínua de insulina, fibrinólise, e monitorização contínua do índice de delírio, sedação e dor.

No estágio final deparámo-nos com a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos, o que fomentou o desenvolvimento de competências neste campo de ação. De referir que estes protocolos, além de serem reconhecidos como instrumentos que promovem a PBE, justificam a sua utilização, na medida que fomentam a uniformização dos cuidados e a organização do trabalho em equipa, diminuindo o tempo de resposta e a probabilidade de ocorrência de erros (Mazer & Levy, 2016) fatores estes fulcrais quando estamos perante a falência ou eminência da falência de uma ou mais funções vitais. Para que pudéssemos desenvolver da melhor forma esta competência, ao longo do estágio zelamos por, desde o primeiro dia, conhecer a medicação mais utilizada, e saber prepara-la e administra-la, através de pesquisa e informação transmitida pela enfermeira orientadora, conhecer os protocolos terapêuticos existentes no serviço, bem como desenvolver capacidade para gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos ao doente crítico mesmo em situações de maior instabilidade por parte do mesmo, adotando comportamentos que previnam o erro na administração de medicação. A título de exemplo, referimos os protocolos referentes ao controlo da glicémia através de administração de insulina por via endovenosa, terapias de substituição renal com anticoagulação com citrato, entre outros.

A revisão dos conteúdos lecionados nas UC de Enfermagem Médico Cirúrgica 2 e UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, foram um dos grandes contributos para a aplicação de forma adequada e competente das diferentes intervenções anteriormente referidas. Associada à revisão dos conteúdos das UC's referidas, para reforçar os nossos conhecimentos, investimos também em pesquisa autónoma através de

outras fontes de publicação de evidência científica, nomeadamente bases de dados fidedignas, bem como na discussão e partilha de conhecimentos com a enfermeira orientadora, por forma a trabalhar e adquirir as competências para prestar cuidados de qualidade às Pessoas a viver processos de doença crítica, disfunção e/ou falência orgânica.

De igual forma, também tivemos oportunidade de colaborar e, conseqüentemente, desenvolver competências no transporte intra-hospitalar da PSC, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuja realização não fosse possível na unidade do doente, bem como de e para o Bloco Operatório [BO] quando necessária intervenção cirúrgica.

Reconhecido como 5.º sinal vital (DGS, 2003), a gestão da dor é um fenómeno complexo pela índole intrinsecamente individual, que surge de diferentes fontes, isoladas ou combinadas, com uma ampla variabilidade subjetiva de perceção e tolerância (Devlin et al., 2018). Considera-se imperativo, que os EEEPSC, face à PSC, demonstrem uma capacidade aprofundada para fazer a gestão diferenciada da dor e bem-estar, otimizando as respostas (OE, 2018). Neste sentido, durante o estágio final, procuramos desenvolver conhecimentos, habilidades e competência nesta área. Mediante a pesquisa bibliográfica efetuada e o confronto com a prática de cuidados, verificámos que a avaliação da dor da PSC constitui um desafio, uma vez que, devido às alterações do nível de consciência e necessidade de sedação e VMI, muitos das pessoas não são capazes de se expressar e realizar uma autoavaliação, ostentando maior risco de apresentar dor não tratada (Gélinas, 2016; Kawagoe, Matuoka & Salvetti, 2017).

Em contexto de UCI, encontrando-se a pessoa, na maioria das vezes, incapaz de comunicar de forma efetiva, a avaliação dor baseia-se na observação de comportamentos e indicadores fisiológicos, sendo que os enfermeiros assumem um papel crucial na identificação desses comportamentos e indicadores, pela proximidade e tempo de contacto com a mesma (OE, 2008). Com vista a uma avaliação adequada da dor da PSC com a comunicação comprometida, sedada e ventilada, utilizámos a Behavioral Pain Scale [BPS], escala comportamental validada para a população portuguesa (Batalha, *et al.*, 2013), recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Pinho, Carneiro & Alves, 2012).

Sendo que, perante identificação de dor, instituímos medidas farmacológicas, através da gestão do protocolo de analgesia, e não farmacológicas, como são exemplo o posicionamento e massagem, realizando também a avaliação e o registo das intervenções realizadas.

Para além da dor física, deparámo-nos também com situações de desconforto ou mal-estar psicossocial, em que procurámos atuar, estabelecendo uma relação terapêutica, dentro das capacidades de comunicação da PSC, o que nos permitiu compreender os focos de desconforto e intervir, procurado desenvolver intervenções que, conforme o problema identificado, proporcionassem o seu alívio. Deste modo, quando identificámos dor e mal-estar na pessoa recorremos a medidas farmacológicas, com a administração de terapêutica analgésica e sedativa prescrita e adotámos medidas terapêuticas não farmacológicas tais como, medidas de conforto, alternância de posicionamentos e mobilizações, escuta ativa, suporte emocional e ambiente calmo. As intervenções de enfermagem realizadas na gestão da dor visam o seu alívio e o fomentar do bem-estar físico, espiritual e psicossocial da PSC. Segundo Benner *et al.* (2011), o foco das boas práticas consiste em assegurar medidas de conforto e apoio psicológico e social de modo a atenuar o sofrimento relativo às intervenções tecnológicas. As autoras ainda referem que as medidas de conforto estimulam a sensação de bem-estar, confiança e a consolidação da relação enfermeiro/doente/família.

Tendo em conta a sua importância, a relação terapêutica é integrada, pela Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), um dos primeiros documentos orientadores emanados após a sua criação, sendo caracterizada como uma relação de parceria com o cliente/doente, respeitando as suas capacidades e o valorizando o seu papel (OE, 2001). Este conceito é abordado por outros autores de referência como Riley (2004) e Phaneuf (2005) convergindo em conceitos centrais como a relação de ajuda, a comunicação eficaz a empatia e partilha. A relação de ajuda pode ser definida como “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade” (Phaneuf, 2005, p.324), este tipo de relação “permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor (...) abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”, bem como, “demonstrar coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte.” (Phaneuf, 2005, p.324).

Reconhecendo a relação terapêutica/ relação de ajuda como uma importante intervenção autônoma do enfermeiro e elemento essencial no cuidado holístico à PSC e às suas pessoas significativas, pesquisamos evidência produzida sobre o tema e procurámos desenvolver, aplicar e adequar os conhecimentos adquiridos na UC Relação de Ajuda, passíveis de contribuir para a compreensão e entendimento profundo da experiência vivenciada pela pessoa, através da identificação e compreensão dos seus problemas, ajudando e potenciando a autoavaliação e auto consciencialização, bem como o consequente autoconhecimento dos recursos pessoais disponíveis e estratégias de *coping*, passíveis de serem mobilizadas para enfrentar e superar as dificuldades com que se depara.

Tendo em conta a diversidade e complexidade dos processos vivenciados pela PSC e respetiva família/cuidadores, os EE em EMCPSC devem ter competência para dar resposta eficaz, através da mobilização de conhecimentos e habilidades especializados, permitindo-lhes construir, implementar e avaliar um plano de intervenção, como objetivo de promover a segurança e a qualidade dos cuidados, considerando a estrutura familiar numa parceria do cuidar (OE, 2018). A PSC não existe por si só, está integrado num sistema familiar, nas mais diversas construções possíveis do mesmo, tendo o enfermeiro o dever de os informar no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem a que estes são, ou possam vir a ser, submetidos (AR, 2015). Assim primámos por reconhecer que para além do doente, a família e/ou cuidador faz parte integrante da esfera do cuidar em enfermagem, representando estes um foco de intervenção do EE. Pelo que a família/cuidador foi incluída no processo saúde-doença, ao longo do estágio, sempre que possível.

Segundo Mendes (2016, p.2) “a vulnerabilidade experimentada face a uma situação de doença crítica reserva à família momentos de grande instabilidade” pelo que é competência do enfermeiro a transmissão de informação para reduzir os medos e a ansiedade, transmitir segurança e empatia ao doente, família ou cuidador. Reconhecendo a situação crítica das pessoas e a incerteza do que envolve a sua condição clínica, é fundamental que enquanto EE particularmente em EMC-PSC, detenhamos capacidade para intervir sempre que necessário, assegurando que a informação é clara e chega de forma eficaz à pessoa e sua família, diminuindo o impacto físico e psicológico negativo que daí possam advir, favorecendo a adaptação à situação. Esta ideologia orientou a nossa postura ao longo do estágio no que se refere à comunicação com a PSC assumindo, perante as condições existentes, uma postura de

informar e esclarecer acerca de procedimentos e da evolução da situação do doente, transversal a todo o momento da prestação de cuidados. Procurámos informar e esclarecer as famílias, assim que as condições estivessem reunidas, com o intuito de diminuir os sentimentos de dúvida e incerteza, assegurando que estas informações se limitavam sempre à nossa área de competências enquanto enfermeiros.

Tendo em conta as restrições de visitas decorrentes da pandemia, o contacto com a família/ pessoa significativas era mais reduzido, contudo quer por telefone quer nos poucos momentos em que os mesmos podiam estar no serviço, tentámos sempre fortalecer a relação com os mesmos, dando o devido apoio e esclarecendo dúvidas dentro da nossa área de competências, fazendo o encaminhando para outros profissionais sempre que pertinente.

A comunicação é um instrumento central para a criação e manutenção de uma relação terapêutica/ relação de ajuda, na medida em que consiste numa ferramenta poderosa essencial na criação de uma relação de empatia e confiança, que permite ajudar a pessoa a compreender o significado que atribui à situação, identificar as suas necessidades e desenvolver estratégias de ajuda, sendo que desta forma adiciona valor à prestação de cuidados de saúde (Phaneuf, 2005).

Na PSC, internado em UCI, tendo em conta as particularidades inerentes ao seu estado de saúde e ao processo terapêutico intensivo normalmente instituído, que levam na maioria das vezes à diminuição ou ausência do seu estado de consciência e redução ou incapacidade em comunicar, a aplicação de algumas competências intrinsecamente associadas à Enfermagem e à prestação de cuidados, como a comunicação e a já referida relação terapêutica, é condicionada e mais complexa, o que leva a que seja muitas vezes diminuída. Contudo continua a ser uma competência que é fundamental que seja aplicada da melhor forma possível nestas situações, promovendo assim a qualidade e excelência dos cuidados, o que envolve um grande empenho, conhecimentos e desenvolvimento de habilidades por parte dos enfermeiros, mais especificamente os EEEPSC.

No decorrer do estágio deparámo-nos também com um elevado número de doentes que apesar de se encontrarem entubados endotraquealmente, tinham um nível de sedação mínima, na medida em que cada vez mais se preconiza a minimização da sedação sempre que possível.

O acima referido, leva a que muitos doentes permaneçam entubados e conscientes, o que faz com que tenham perceção do que está a acontecer mas mantenham a dificuldade em comunicar. Tendo em conta estas circunstâncias com que nos deparámos, não pudemos deixar de investir no desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação, perante a identificação destas barreiras, passíveis de causar à pessoa desgaste emocional, frustração e desconforto, por não conseguir manifestar as suas necessidades e sentimentos. Face a estas situações, para além de promovermos meios de comunicação alternativos, como é o caso da comunicação escrita, investimos também no desenvolvimento da compreensão acerca da comunicação não-verbal, incentivando o doente a comunicar por gestos ou interpretando as suas expressões e postura corporal, mostrando empatia e disponibilidade, sem desistir de o tentar compreender e de atender às suas necessidades.

Consideramos assim ao longo do estágio, ser fundamental o investimento no desenvolvimento de estratégias e habilidade nesta área tao importante e exigente, para que pudéssemos desenvolver a aplicar da melhor forma possível esta competência tão relevante. Para tal foram fundamentais, como já referimos, os conhecimentos adquiridos na UC relação de ajuda e Enfermagem Médico-cirúrgica 1, bem como a busca por mais conhecimentos nesta área com recurso a pesquisa e estudo e ainda as discussões e reflexões realizadas com a enfermeira orientadora e restante equipa.

Reconhecendo a imprescindibilidade do desenvolvimento e aprimoramento destas competências na abordagem à PSC, após o exposto, consideramos ter atingido as CE de EE em EMCPCSC em questão.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa

em Situação Crítica

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

Vivemos na permanente “possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (DGS, 2010b, p.1). A ocorrência de catástrofes e desastres tem sido cada vez mais frequente nas últimas décadas, com um impacto dramático nos indivíduos, famílias e comunidades, que sofrem danos materiais, físicos e psicológicos, por vezes irreversíveis (ICN, 2009).

Assim, é obrigatório que as organizações de saúde realizem ciclicamente, de uma forma estruturada, sistémica e organizada, um diagnóstico da sua situação e criem respostas de emergência face aos possíveis cenários que condicionem o desequilíbrio entre os recursos e valências existentes e disponíveis e as necessidades emergentes não previstas (DGS, 2010a; DGS, 2010b; INEM, 2012). Sendo assim fundamental que todos os profissionais de saúde se reconheçam como um eixo essencial na resposta a situações de emergência e ou exceção, tendo conhecimento da sua função, missão e ação, no domínio das suas competências profissionais (DGS, 2010a).

Entenda-se por: **emergência** uma situação que “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” devendo a “assistência à vítima (...) ser realizada de forma imediata” (OE, 2018, p.19362); **situação de exceção** “numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p.19362); e **catástrofe** como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018, p.19362). Já a **emergência multivítimas** refere-se a situações que se envolve um número de vítimas tão elevado que influencie e seja passível de alterar o funcionamento dos serviços de emergência que lhes dão resposta, sobrecarregando a prestação da prática direta dos cuidados de saúde aos doentes (OE, 2017).

Por forma a minimizar os danos e fornecer uma resposta eficaz perante estas situações, é reconhecida a importância da implementação de planos de emergência, que podem ser

definidos como processos de preparação estruturada para futuras situações de contingência, tal como desastres ou situações multivítimas, tendo em vista a manutenção da segurança pública, a limitação dos danos, a proteção da vulnerabilidade e a utilização eficiente de recursos (Alexander, 2015).

Perante o exposto, reconhecemos a necessidade urgente de capacitar os enfermeiros nos diversos níveis de resposta, na medida que ao constituírem o grupo profissional maioritário em saúde que desempenha funções complexas com recursos limitados, detêm um papel fulcral que pode ir desde oficiais nos sistemas de triagem, às equipas de primeira intervenção, passando também pela coordenação e educação (ICN, 2019). Sendo que, de acordo com enquadramento concetual emanado pela OE (2018), cabe ao EEEPSC, no âmbito desta competência, a conceção, o planeamento e gestão da resposta de forma imediata, proporcional, eficiente e eficaz, aos vários níveis de abrangência, de situações de emergência, exceção e catástrofe.

Para ser possível atingir a competência, começámos por desenvolver pesquisa bibliográfica sobre a temática e por realizar uma análise dos planos de emergência e catástrofe da unidade hospitalar, bem como as normas e protocolos acerca da temática. Seguidamente promovemos uma discussão e reflexão junto da enfermeira orientadora e enfermeira chefe acerca do analisado.

Em ambos os contextos clínicos não se contactou com emergências multivítimas ou catástrofes, pelo que não tivemos oportunidade de desenvolver intervenções no âmbito do planeamento e gestão de cuidados nestas situações.

Contudo, no que se refere a condições de catástrofe com envolvimento de cenários multivítimas que exigem competências específicas em trauma por parte do EE, consideramos que a vertente teórica e prática na área de ITLS, que desenvolvemos durante componente teórica do mestrado, inserida na UC Médico-Cirúrgica 4, foi fundamental para o desenvolvimento de aptidões no domínio da avaliação e intervenção perante vítimas de trauma, tornando-se uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência.

Contudo, consideramos que vivenciámos uma situação de exceção, na medida em que realizamos o estágio na UCIP durante a pandemia por SARS-CoV-2, o que levou a um

aumento exponencial do número de doentes como necessidade de internamento na unidade, o que exigiu do serviço, bem como dos profissionais, uma adaptação instantânea e um delineamento de estratégias. Esta atitude visou colmatar as necessidades requeridas pela situação de exceção, gerindo os recursos existentes, tanto materiais como humanos. Esta é uma situação que requer uma visão alargada e abrangente das necessidades, bem como um conhecimento científico que permita atuar de forma célere e atempada junto destes doentes críticos, evitando a confluência de efeitos adversos e assegurando a sua segurança, bem como a qualidade dos cuidados de que carecem.

Esta situação de exceção levou mesmo à criação de outra unidade designada de UCI COVID, num espaço físico diferente e improvisado, para dar resposta à enorme afluência de doentes com esta patologia e à necessidade de isolamento que estes requeriam. Para além de termos realizamos turnos nessa mesma unidade ao longo do estágio, presenciámos inúmeras vezes necessidade de alterações e mobilização a nível de recursos físicos, materiais e humanos, particularmente, enfermeiros e assistentes operacionais, perante a necessidade de admissão inesperada de doentes infetados com COVID-19, por vezes vindos de outros hospitais, o que requeria da enfermeira chefe e enfermeira responsável de turno uma capacidade de resiliência e adaptabilidade, para conseguir adequar ao máximo possível dos recursos a estas necessidades excecionais, por forma a garantir ao máximo a segurança dos profissionais e a qualidade dos cuidados aos doentes. Para uma melhor compreensão da situação proporcionamos ainda momentos de reflexão e discussão com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe sobre a atuação, comportamento e gestão da equipa e recursos físicos no contexto da pandemia, tais como a necessidade de mudança dos horários dos Enfermeiros de turnos de 8 horas para de 12 horas e mobilização da equipa para fosse possível adequar a mesma em termos de experiência profissional de forma a prestar os melhores cuidados possíveis às pessoas internadas nas duas unidades.

Embora apenas tenhamos observado e colaborado em parte nesta gestão de recursos face a esta situação de exceção, consideramos que esta circunstância em que realizámos o estágio contribuiu em muito para a aquisição desta competência.

Neste seguimento salientamos ainda que, tendo em conta que realizamos turnos na UCI COVID, embora já tivéssemos conhecimento sobre normas e recomendações emanadas pela

DGS, decorrentes da nossa experiência profissional, reforçamos a leitura destes documentos e consultamos as normas preconizadas pela GCL-PPCIRA da instituição hospitalar a fim de reforçar os nossos conhecimentos na prestação de cuidados à PSC com COVID-19. Favorecemos ainda momentos reflexivos, juntamente com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, como contributo à compreensão da organização e logística da unidade, objetivando a execução de cuidados de excelência.

No que se refere à gestão de cuidados em situações de emergência, consideramos ter desenvolvido inúmeros conhecimentos, capacidades e habilidades para prestar cuidados complexos e invasivos à PSC, em situação emergência de forma adequada, atempada e eficaz, quer ao longo do estágio final, quer no decorrer do restante percurso académico do ME. Para a aquisição desta competência destacamos os conteúdos teóricos e práticos adquiridos na área de Suporte Avançado de Vida [SAV] incorporados na UC Médico-Cirúrgica 4, os cuidados prestados na sala de emergência do SU onde realizámos o primeiro estágio, bem como todas as situações de grande instabilidade como que nos deparamos na prestação de cuidados à PSC na UCI no contexto do estágio final.

Ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência, mais especificamente da unidade de competência 2.5, o enfermeiro “assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19364), distinguimos o contributo da UC Médico-Cirúrgica 3 por nos ter permitido a realização de pesquisa e consulta de documentação nesta área, para a elaboração de póster científico intitulado “**Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa vítima de maus tratos em contexto de urgência**”, favorecendo a aquisição de conhecimentos na abordagem à pessoa vítima de violência, colheita e preservação de dados. No entanto, em contexto de estágio não foi possível a colocação em prática dos conhecimentos adquiridos pela inexistência de casos.

Com vista a ampliar as atividades para atingir as competências explanadas, realizámos um estágio de observação no Centro Distrital de Operações de Socorro [CDOS], tendo para tal avançado com um pedido de autorização, tanto à instituição académica como ao comandante do CDOS. Após a receção de autorização, no dia 1 de Setembro de 2021 dirigimo-nos ao CDOS para realizar este estágio (Anexo VIII). Fomos recebidos pelo comandante operacional distrital e pelo 2º comandante operacional distrital, elementos constituintes e responsáveis

deste serviço (AR, 2013). Ao longo do dia acompanhámos os operacionais, a fim de compreender tanto as competências do CDOS, como o papel dos profissionais que aí desempenham funções.

Pertencendo à Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, tem como principais competências garantir o funcionamento, operacionalidade e articulação com todos os agentes de proteção civil no âmbito do distrito, assegurar o comando e controlo das situações que exijam a sua intervenção, responsabilizando-se por mobilizar recursos materiais e humanos indispensáveis à concretização das operações (AR, 2013). Está ainda na sua área de competências, entre outras, garantir a gestão dos meios aéreos a nível distrital, coordenando entidades e instituições comprometidas com operações de socorro (AR, 2013).

O entendimento do funcionamento do serviço responsável por receber as indicações de possíveis situações de emergência e catástrofe sinalizadas, organizando, gerenciando e distribuindo meios para lhes dar resposta permite-nos, enquanto EE em EMCPC, refletir sobre de que forma é que podemos gerir a resposta dos nossos serviços a situações destas características, importando competências apreendidas de organização, estratégia e liderança observadas neste estágio. Outro aspeto que pensamos ser relevante com o desenvolvimento deste estágio, é o facto de, a acontecer uma situação de exceção ou catástrofe, compreendendo a distribuição de meios, podemos comunicar de forma mais eficaz com as entidades de resposta a situações de socorro. Acreditamos que com o desenvolvimento deste estágio, para além de termos adquirido os conhecimentos já referidos, demonstrámos uma atitude proactiva no sentido de investimento no conhecimento, bem como na visão ampla e englobante das diversas dimensões da resposta a situações de emergência e/ou exceção e catástrofe, reconhecendo a nossa função no domínio das competências profissionais (DGS, 2010b), que conduzem ao empoderamento enquanto EE em EMCPC.

Desta forma, mesmo sem participarmos e colaborarmos na realização de cuidados a doentes envolvidos em situações de catástrofe ou de emergência multivítimas, bem como na vertente de preservar os vestígios de indícios de prática de crime, consideramos que todas as pesquisas realizadas e as atividades desenvolvidas neste âmbito levaram ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades nestas vertentes da competência em análise.

Assim, perante tudo o acima descrito, consideramos ter atingido a competência alvo de reflexão e análise.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa

em Situação Crítica

3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da 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.

Importa clarificar em primeira instância, que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], são caracterizadas por infeções contraídas pelos utentes, motivadas pelos cuidados e procedimentos de saúde que são prestados, podendo também ser contraídas pelos profissionais no decorrer da sua atividade profissional (OE, 2015a).

Contextualizando, importa compreender a relevância da IACS, na medida em que estas atingem a globalidade mundial, restringido a obtenção da qualidade dos cuidados prestados, sendo que as mesmas constituem uma ameaça aos doentes na medida em que podem representar um aumento da morbilidade e até da mortalidade dos mesmos, bem como, um ameaça aos serviços de saúde visto que potencializam o aumento dos gastos, na medida que podem resultar em maior número de internamentos e/ou aumento do tempo dos mesmos (DGS, 2017b). Desta forma, o impacto do aumento das IACS vem afetar não só os *outcomes* na saúde de um doente, mas toda a estrutura social e monetária global, pelo que é fundamental o investimento nesta área, tendo em conta as implicações que daí advêm e que causam impacto negativo nos custos associados ao consumo dos recursos hospitalares e da comunidade (DGS, 2018). É ainda de realçar que, tem ocorrido tanto um aumento da incidência das mesmas, como também da resistência aos antimicrobianos, aumentando assim, o grau de dificuldade no que toca ao tratamento das infeções (MS, 2015a).

Analisando de forma mais específica esta problemática, centrando-nos nos cuidados de saúde, as IACS apresentam-se como o efeito adverso mais comum associado à prestação de cuidados, segundo dados divulgados pela OMS (2011), embora se estime que, um terço das mesmas poderiam ser evitáveis (DGS, 2018). O progresso nos cuidados de saúde, a utilização sistémica de novos meios, terapias e dispositivos invasivos, aliado ao aumento da esperança média de vida das populações e das comorbilidades que as mesmas apresentam, são fatores salientados como de risco no aumento da infeção inerente à prestação de cuidados de saúde (DGS, 2018). Tendo em conta a relevância das IACS e como objetivo de prevenir as mesmas, torna-se impreterível o envolvimento e responsabilização tanto das instituições de saúde, como dos seus profissionais na sua atuação diária, especialmente dos Enfermeiros, que pelo contato direto e permanente com o doente, assumem um papel central.

Tendo em conta o enquadramento nacional estratégico na segurança dos doentes, o PNSD21-26 (AR, 2021) estabelece enquanto objetivo estratégico a redução das IACS e da resistência aos antimicrobianos, sendo patente na documentação da OE (2017) que é o EE em EMCPS o agente que assume o papel de relevância na prevenção do controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, na medida em que a “prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (OE, 2017, p.16) é um dos enunciados descritivos presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMCPS (OE, 2017). No referido regulamento patenteiam que o EE, na referida área de especialidade, maximiza sua intervenção através da capacitação dos grupos de profissionais no âmbito da procura incessante da excelência do exercício profissional e com vista à prevenção e controlo da infeção (OE, 2017).

Associado aos cuidados especializados, altamente complexos e ininterruptos prestados à PSC, encontra-se implícito o risco elevado em contrair infeções e resistência a antimicrobianos. Assim, no que à PSC diz respeito, esta problemática assume particular relevância, sendo inerente à prestação de cuidados “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida ...” (OE, 2018, p.19364). Conforme é exposto no Relatório Epidemiológico do ano de 2017, as UCI's são os serviços hospitalares com maior prevalência de IACS. A maioria das IACS, na PSC, encontra-se associada à utilização de dispositivos invasivos, tais como, tubos orotraqueais, cateteres vasculares e cateteres vesicais. Para além

disso, a resistência a antimicrobianos é elevada, devido ao quadro clínico de instabilidade do doente, uso frequente de antibióticos e práticas de prevenção e controle de infeções (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019).

Assim, ao longo de todo o estágio final, aquando da prestação de cuidados à PSC procurámos aplicar os conhecimentos desenvolvidos e cumprir escrupulosamente as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo das IACS. Sendo que este foi um tema constante nas reflexões conjuntas com a nossa orientadora, por forma a avaliar as nossas práticas e as analisar as práticas da equipa, com vista a identificar oportunidades de melhoria.

Para fundamentarmos o nosso conhecimento, começamos por analisar documentação pertinente sobre a temática das competências em análise, quer documentação com validade internacional e nacional, quer pareceres e indicações emanados por entidades acreditadas. De salientar a consulta e análise dos documentos: Precauções Básicas do Controlo de Infeção, o Relatório Anual referente às Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, a norma relativa ao “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, prevenção da pneumonia associada à intubação e prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central.

A par com a consulta de documentos de âmbito nacional e europeu, procurámos igualmente conhecer as normas e protocolos existentes na UCIP, elaborados pela própria equipa, sob a orientação do Grupo Coordenador Local do PPCIRA. Desta forma constatámos que a equipa investe bastante na área da prevenção de IACS, na medida em que tem implementadas normas e protocolos que vão ao encontro das recomendações nacionais e internacionais. Para além de aplicarem diretivas diretamente relacionadas com a problemática, como são exemplo, a norma referente aos cuidados com o doente algaliado, o protocolo de prevenção de PAV e o protocolo de colocação, manutenção e remoção de dispositivos intravasculares protocolo de insulino terapia endovenosa, administração de alimentação entérica e manutenção da normotermia.. Fazemos ainda referência à *Checklist* para cateterização venosa central; Higienização do ambiente nas unidades do doente na UCI; Feixe de Intervenção de Prevenção de Infeção relacionada com o cateter venoso central; Feixe de Intervenção de Prevenção de Pneumonia associada à entubação e Norma para colheita de hemoculturas. Ao longo da nossa prestação de cuidados respeitámos sempre essas medidas de

controlo de infeção nunca descurando a mais simples e básica, mas tão ou mais importante que qualquer uma das outras, a Higienização das Mãos. Salvaguardando o cumprimento dos protocolos do serviço procedemos à realização de zaragatoas por via nasal, oral, perineal, rectal e axilar, assim como à recolha de amostras biológicas para urocultura e hemocultura, de todos os doentes que davam entrada na UCIP, provenientes de outros serviços do hospital ou de outras instituições de saúde.

Para além da informação adquirida através da análise dos documentos acima referidos, considerámos ainda fundamental os conhecimentos adquiridos na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 onde debatemos temas como o controlo de infeção nos serviços de medicina intensiva, os microrganismos multirresistentes e epidemiologicamente importantes como a prevenção e controlo de infeção por *clostridium difficile*. No âmbito desta UC desenvolvemos ainda um trabalho como o tema “**Organização Nacional e Institucional da Prevenção e Controlo e IACS - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA)**”. A par do acima referido também constituiu um grande contributo para o desenvolvimento e atualização de conhecimentos nesta área a participação no “**Curso Sepsis 2021**” (Anexo VI), ministrado pelo Grupo de Infecção e Sepsis, com um programa que teve a duração de 2 dias (Anexo VII). Consideramos que os conhecimentos aqui desenvolvidos foram de extrema importância, na medida em que permitiram deter bases para melhorar a nossa prática nesta área e assim desenvolver a competência em análise.

Consideramos que, tendo em conta que a temática do PIS realizado recaiu sobre as intervenções à PSC com Sepsis, as atividades que desenvolvemos no âmbito do mesmo também contribuíram para a aquisição de conhecimentos e aptidões nesta área, tanto para nós como para a equipa de enfermagem do serviço, o que encaramos como um forte contributo para a aquisição desta competência.

Não podemos deixar de mencionar, que a pandemia por SARS-CoV-2 foi uma realidade constante no decurso dos estágios clínicos, o que deu mais realce à incessante necessidade do cumprimento das boas práticas de prevenção e controlo desta infeção, revelando-se de crucial importância o estudo das normas orientadoras emanadas pela DGS.

Desta forma, consideramos indispensável que o EE detenha capacidades em atuar e conduzir o desenvolvimento de condutas no controlo da infeção, pelo que, depois de refletirmos sobre as práticas executadas, julga-se que foi alcançada e mobilizada a competência em análise.

Competências de Mestre em Enfermagem

7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Acreditamos que a competência em questão é indissociável das competências que até agora foram alvo de análise e reflexão e que consideramos ter adquirido. Portanto, perante as atividades realizadas e a fundamentação anteriormente apresentada, concluímos que esta competência de mestre foi igualmente desenvolvida.

4 - CONCLUSÃO

O relatório elaborado reflete a conclusão do caminho formativo do curso de ME, inserido na UC Relatório, integrando o contributo de todas as UC's, dando especial relevo à UC Estágio Final e à análise crítica e reflexiva da aquisição e desenvolvimentos das diferentes competências essenciais para a obtenção de grau de Mestre, possibilitando a obtenção do título profissional de EE em EMC-PSC. Assim, a composição do mesmo facilitou a descrição e análise reflexiva sobre o caminho praticado no decurso do mestrado, dirigido à prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, família/cuidador.

Durante todo o percurso formativo do ME foram vividas diversas experiências que se revelaram fundamentais para uma aprendizagem contínua e para desenvolver as competências já enunciadas, tendo em conta a componente técnica das mesmas, mas não menos importante a componente não técnica, como a comunicação e capacidade de liderança e gestão. A prática crítico-reflexiva foi uma constante para executar ações e tomar decisões, o que contribuiu para um eficaz desenvolvimento do raciocínio clínico, de competências nas relações técnicas, interpessoais, éticas e científicas.

O SER EE exige uma constante capacidade de promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências, tendo sempre por base a melhor evidência científica, com vista a excelência do cuidar, através de um processo contínuo, reflexivo e evolutivo. Tendo em conta a abrangência dos contextos onde o EE em EMC-PSC pode desempenhar funções, espera-se que contribua com as suas competências para enfrentar desafios de elevada especificidade, complexidade e urgência, no sentido de encontrar formas idóneas e eficazes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, principalmente na área da PSC, no sentido de promover ganhos em saúde. Consideramos que o percurso que desenvolvemos ao longo do ME, nos proporcionou as ferramentas necessárias para que no futuro, na nossa prática profissional enquanto EE EMC-PSC, possamos desenvolver o acima descrito.

No decorrer do Estágio Final procurámos, compreender a especificidade e singularidade do local de estágio, analisar e refletir sobre as situações com que nos deparámos, reconhecendo-as como experiências únicas de aprendizagem, na aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências. Este caminho foi realizado com vista ao constante desenvolvimento do SER enfermeiro, mais especificamente SER EE, sempre em busca da melhoria contínua da prestação dos nossos cuidados, tendo como base evidência científica sólida e a experiência adquirida na prática clínica.

Efetuámos um enquadramento teórico relativo ao MMPBE de Larrabee que regulou a nossa intervenção no percurso clínico e no PIS desenvolvido, conjugando a experiência clínica individual à recente e relevante evidência científica e englobando o doente na sua individualidade enquanto pessoa como vista à incessante procura pela qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC e família. Este modelo revelou-se adequado e sólido para responder às necessidades exigidas na prestação de cuidados complexa à PSC enquanto EE em EMC-PSC.

Seguindo a linha da melhoria quer da qualidade dos cuidados, quer da segurança do doente, assim como a promoção da investigação e da PBE, desenvolvemos o nosso PIS com vista melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestado à PSC com Sepsis, como base em normas e diretrizes internacionais e nacionais e em evidência científica sólida e atual. Para o seu desenvolvimento, com base da MP, identificámos primeiramente as necessidades e, de seguida, estruturámos um plano interventivo que permitisse colmatar as necessidades identificadas, nomeadamente, como base na formação da equipa de enfermagem e na criação de documentos informativos e orientadores de boas práticas. Este trabalho desenvolvido foi divulgado à equipa através de uma ação formativa *on-line*, após a aprovação da mesma pela chefia do serviço e pela orientadora pedagógica e os materiais realizados deixados no serviço.

O reconhecimento das limitações na atuação para estabelecer futuros planos fazem parte da visão integrativa que deve ser executada pelo EE, assim é referir que o facto de termos realizado o estágio no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, condicionou o desenvolvimento e implementação no PIS, contudo pensamos ter sido capazes de nos adaptar a essa realidade e desenvolver estratégias alternativas e adequadas para atingir a maioria dos objetivos a que no propusemos aquando o seu planeamento. Desta forma, acreditamos que o

PIS desenvolvido contribuiu para aprofundar os nossos conhecimentos e da equipa relativos às intervenções à PSC com Sepsis, culminando no objetivo de promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à PSC com esta patologia, no serviço onde realizamos o estágio.

Ainda elaborámos uma *Scoping Review* (Apêndice III) sobre a temática do PIS, respeitando a metodologia JBI, sendo que o mesmo se revelou numa mais-valia para sustentar a nossa PBE e a disseminação de investigação científica.

No final do relatório realizámos ainda uma reflexão crítica relacionada com o processo de obtenção e desenvolvimento de competências, durante o percurso do mestrado com ênfase no estágio final realizado, nomeadamente competências comuns de EE, de especialista em EMC-PSC e ainda de Mestre em Enfermagem, apoiadas nos respetivos documentos reguladores. O referido processo crítico e reflexivo foi baseado e fundamentado na evidência científica recente e em experiências vivenciadas, que procuraram o aperfeiçoamento contínuo dos cuidados especializados prestados à PSC e sua família. Face ao exposto neste capítulo, consideramos que mobilizámos e consolidámos conhecimentos, adquirimos e desenvolvemos as competências já descritas, tendo-se estas revelado como um fio guia para a nossa intervenção em todo o percurso académico.

Este foi um período de profundas alterações e aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento pessoal e profissional. Apesar de ter sido muito exigente, impondo alguns sacrifícios e muita capacidade de adaptabilidade e resiliência, refletindo sobre todo o percurso do mestrado, consideramos que o enriquecimento que nos proporcionou quer a nível pessoal, mas principalmente e a nível profissional faz com que o balanço seja muito positivo, sentindo que nos fez em muito evoluir.

Perante o exposto, consideramos ter atingido os objetivos estabelecidos para o presente relatório, aguardando as provas de defesa pública do mesmo, no sentido de finalizar esta etapa do nosso percurso, quer na perspetiva académica quer na profissional.

Pretendemos agora assumir a responsabilidade que estes títulos nos conferem e ambicionamos continuar a desenvolver um trabalho de contínua mudança e melhoria no

desempenho profissional, nosso e dos pares, com vista à promoção do crescente progresso da qualidade em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS]. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- Alexander, D. (2015). Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery. Oxford Research Encyclopedia, Natural Hazard Science. Londres: University College London. DOI: [10.1093/acrefore/9780199389407.013.12](https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.12)
- American College of Surgeons [ACS] (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10.^a ed.). American College of Surgeons – The Committee on Trauma.
- American Heart Association (2016). *Advanced Cardiac Life Support Provider Manual*. American Heart Association.
- Antonelli, M. (2018, janeiro). *Overview of the Surviving Sepsis Campaign*. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. Disponível em: https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/sepsis_meeting-report-2018.pdf
- Assembleia da República [AR] (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril. Diário da República, I Série A, N.º 205, 2959- 2962.
- Assembleia da República [AR] (2013). Decreto-Lei n.º 72/2013 - Alteração do modelo de organização da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC). *Diário da República*, 1.^a Série, n.º 105 (31 de Maio de 2013), pp.3190-3199.

Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181 (16 de setembro de 2015), pp. 8059 – 8105.

Assembleia da República [AR] (2019a). Aviso n.º 16126/2019 - Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem da Universidade de Évora, em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal. Parte E. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 195 (10 de Outubro), pp.209-219.

Assembleia da República [AR] (2019b). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 169, 55-66.

Assembleia da República [AR] (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 - 2026). Parte C. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 187 (24 de Setembro), pp. 96-103.

Backes, M.T.S., Erdmann, A.L. & Büscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (3), pp. 411-418. DOI: [10.1590/0104-1169.0568.2570](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570)

Barbosa, A., Fernandes, A., Luiz, A., Ferreira, A., Vaz, A., Cêncio, G., Oliveira, J., Branco, J., Santos, L., Mourão, L., Sousa, M. Campos, M., Cunha, N., Rocha, R. & Valente, S. (2011). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Ministério da Saúde, Secretaria Geral.

Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, (9), pp.7–16. Disponível em:

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2^a ed.). Coimbra: Quarteto.

Benner, P. ; Kyriakidis, P. H.; Stannard, D. (2011) - **Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care - A Thinking in Action Approach**. 2^a ed.. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0573-8. Disponível em: http://www.springerpub.com/samples/9780826105738_chapter.pdf

Bersten, A. & Handy, J. (2019). *Oh's Intensive Care Manual* (8.^a ed.). Elsevier.

Branco, M., Lucas, A., Marques, R., & Sousa, P. (2019). *O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (4), 1–8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

Chiavenato, I. (1987). Teoria geral da administração (3^a ed). Lisboa, Portugal: Editora McGraw Hill.

Comissão Europeia [CE] (2005). *Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Comissão Europeia. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019 (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017: Atribuição de responsável de turno*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 5 de Janeiro de 2020. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCE
- Davis, K., Drey, N. & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*, 46, 1386-1400. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- Deutschman, C & Neligan, P. (2019). *Evidence-Based Practice of Critical Care* (3 a ed.). Reino Unido: Elsevier UK.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. Doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.
- Dias, L.J. (2014). Sistemas de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, 2 (1), 39-40.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012). *Norma, n.º 17/2012 - Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Norma_015_2012.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Autor. Acedido em 11 de Janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circularnormativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2010b). *Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2011a). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017a). Norma 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017b). *Via Verde Sepsis no Adulto*. Circular Normativa Nº 10/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015a). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Na-cional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Norma n.º 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2019). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units*. In: ECDC. Annual epidemiological report for

2017. Stockholm. Fabião [et al.] (2005). Formação: Contributo para a Qualidade. Lisboa: *Servir* ISSN 0871/2370. Vol. 53, nº 5. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017HAI.pdf
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fawcett, J. (2005, outubro). Middle Range Nursing Theories are necessary for the advancement of the discipline. *Revista Aquichan*, 5 (1), 32-43. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/57/119>
- Ferrito, C., Ruivo, A., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Garcia, T.R.; Nobrega, M.M.L. (2004, março/abril). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasil Enfermagem*, 57 (2), 228-232. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2.pdf>
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & Critical Care Nursing*, 34, pp.1–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001>
- Giacomini, M., Cook, D., & DeJean, D. (2009). Life support decision making in critical care: Identifying and appraising the qualitative research evidence. *Critical care medicine*, 37(4), 1475–1482. Doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819d6495>.

Hospital (2021a). Portal do Hospital. Disponível em: <https://www.hospital.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>

Hospital (2021b). Portal do Hospital. Disponível em: <https://www.hospital.min-saude.pt/2020/01/07/unidade-de-cuidados-intensivos/>

Hospital (2021c). Circular nº39 – Adenda ao Regulamento de Visita do Hospital. Disponível na intranet do Hospital.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012). *Situação de Exceção*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>

International Council of Nurses [ICN] (2010). *Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework TOOLKIT*. International Council of Nurses. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf

International Council of Nurses [ICN] (2012). *Position statement: Patient Safety*. International Council of Nurses. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/D05_Patient_Safety_0.pdf

International Council of Nurses [ICN] (2019). Patient safety: Global action on patient safety. 144th session of the World Health Organization Executive Board; Fevereiro de 2019. The World Health Organization headquarters. Genebra. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN%20statement%20EB144%206.6.pdf>

- International Council of Nurses [ICN], (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneve: International Council of Nurses. Disponível em: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf
- Kawagoe, C. K., Matuoka, J. Y., & Salvetti, M. de G. (2017). Pain assessment tools in critical patients with oral communication difficulties: a scope review. *Revista Dor*, 18 (2), pp. 161-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170032>
- Kleinpell, R., Blot, S., Boulanger, C., Fulbrook, P., & Blackwood, B. (2019). *International critical care nursing considerations and quality indicators for the 2017 surviving sepsis campaign guidelines*. *Intensive Care Medicine*, 45 (11), 1663–1666. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05780-1>
- Kodolitsch, Y., Bernhardt, A., Robinson, P., Kolbel, T., Reichenspurner, H., Debus, S. & Deter C. (2015). Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Tool for Translating Evidence into Individualized Medical Strategies (I-SWOT). *Official Journal of the Aortic Institute at Yale-New Haven Hospital*, 3 (3), pp. 98-107. Doi: [10.12945/j.aorta.2015.14.064](http://dx.doi.org/10.12945/j.aorta.2015.14.064)
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K.E., Light, B., Parrillo, J.E., Sharma, S. & Cheang, M. (2009). *Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock*. *Critic Care Med*. 34(6). 1589-1596. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda.
- Lelis, L. S., Santos Amaral, M., & Miranda De Oliveira, F. (2018). *As Ações De Enfermagem Frente À Sepse, Uma Abordagem Do Paciente Crítico: Uma Revisão Da Literatura*. *Revista Científica FacMais*, XII (1), 61–75. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/06/4.-ASA%C3%87%C3%95ES-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-%C3%81-SEPSE.pdf>

- Levy, M., Evans, L. & Rhodes, A. (2018). *The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update*. *Critical Care Medicine*. 44. 925-928. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Liu, C., Wang, X., Zhang, K., Hao, G., Han, W., Tian, Y., Ge, L., Shen, L. (2021). *Study on clinical nursing pathway to promote the effective implementation of sepsis bundle in septic shock*. *European Journal of Medical Research*. 26:69. 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00540-8>
- Marini, J. & Dries, D. (2019). *Critical Care Medicine – The Essentials and More* (5.^aed.). Wolters Kluwer.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), pp. 62-66. Doi: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Mazer, J. & Levy, M. (2016). Policies, bundles, and protocols in critical care. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M., Singer, M. (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1–9. Doi; <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Merino, M.F.G.L., Silva, P.L.A.R., Carvalho, M.D.B., Pelloso, S.M., Baldissera, V.D.A. & Higarashi, I.H. (2018). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Revista Rene*. 19, 1-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
- Miguel, A. (2013). *Gestão Moderna de Projetos - Melhores Técnicas e Práticas* (7^a ed.). Lisboa, Portugal: FCA.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*, 1^a Série, n.º 60 (24 de março), pp.2242 - 2257.

- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2018). Decreto-Lei nº65/2018. *Diário da República*, 1ª Série, nº 60 (16 de Agosto), pp.4147 - 4182.
- Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho nº 140 de 10 de fevereiro: Plano Nacional a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, (10 de fevereiro de 2015), pp. 3882 (2) -3882(10).
- Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho nº5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº102, 13550-13553.
- Moreira, L.A.B., Dias, D.S. & Fernandes, P.K.R.S. (2017). *Aplicabilidade das Teorias de Enfermagem na Assistência de Enfermagem*. V Encontro de Monitoria e Iniciação Científica: Processo de Cuidar. FAMETRO, Fortaleza, Brasil. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo53ace053f9e3592e9ec36fa51d8f2b6a2d495e04-arquivo.pdf>
- Neto, J., Almeida, A., Silva, L., Viana, R., Nóbrega, M. (2019). *Paciente grave com sepse: concepções e atitudes de enfermeiros intensivistas*. *Enfermagem Brasil*. 18(5). 650-657. Doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2757>
- Netto L., Silva K. L. & Rua M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 22 (1). 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Nunes, L. (2016). Cenários de Futuros Possíveis para a enfermagem em Portugal: algumas reflexões. *Percursos*, 34, 1-25. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/24735>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2.ª ed.). Lusodidacta.

Nunes, Lucília (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), 187–199. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35 (18 de fevereiro de 2011), pp. 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroej_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, Leiria, Portugal*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23269/regulamento-forma%C3%A7%C3%A3o-profissional_oe.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padros-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 123, 17240-17243.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359- 19370.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Organização Mundial da Saúde [(2019). *Patient Safety – Global action on patient safety. Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2004). *World Alliance for Patient Safety*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. França: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2017). *Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis*. Relatório da Secretaria. Organização Mundial da Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021 Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Pedrosa, K. K. de A., Oliveira, S. A. de, & Machado, R. C. (2018). *Validation of a care protocol for the septic patient in the Intensive Care Unit*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (3), 1106–1114. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0312>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). *Guidance for conducting systematic scoping reviews*. *International journal of evidence-based healthcare*, 13 (3), 141–146. Doi: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). *Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews*. *JB I evidence synthesis*, 18 (10), 2119–2126. Doi: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini-Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute*

- Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, (2017). Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Pinho, J. A., Carneiro, H. & Alves, F. (2012). Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/cliente Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1): 211-216. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>
- Reinhart, K. (2018, janeiro). *Overview of the work of the Global Sepsis Alliance*. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. Disponível em: https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/sepsis_meeting-report-2018.pdf
- Renaud, M. (2004). Dignidade Humana. In: Neves, M.C.P.; Pacheco, S. Para uma Ética de Enfermagem: desafios. (pp. 203-214). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J., Sprung, C., Nunnally, M., Rochweg, B., Rubenfeld, G., Angus, D., Annane, D., Beale, R., Bellingham, G., Bernard, G., Chiche, J., Coopersmith, C., ... Dellinger, P. (2017). *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016*. *Intensive Care Med* . 43. 304–377. Doi: [DOI 10.1007/s00134-017-4683-6](https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6)
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Lusociência.
- Rosswurm, M. A. & Larrabee, J. H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 317-322. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

- Rudd, K., Johnson, S., Agesa, K., Shackelford, K., Tsoi, D., Kievlan, D., Colombara, D., Ikuta, K., Kissoon, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F., Reinhart, K., Rowan, K., Seymour, C., Watson, R., West, T., Marinho, F., Hay, S., Lozano, R., ... , Naghavi, M. (2020). *Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study*. *Lancet*. 395. 200-211. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M. & Angus, D. C. (2016). *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 315 (8). 801–810. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Surviving Sepsis Campaign [SSC]. (s.d.). History. In *Surviving Sepsis Campaign*. Disponível em: <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/About-SSC/History>
- Tappen, R., Grimley, K. & Weiss, S. (2019). *Essentials of Nursing Leadership & Management* (7.ª ed.). F.A. Davis Company.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Ministério da Saúde.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *'The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Lusociência.
- Universidade de Évora [UE] (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Disponível em: <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>

Universidade de Évora [UE] (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos.* Disponível em:

<https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.

Veloso, C.L. (2016). *Desenvolvimento de um procedimento para avaliação da assertividade no contexto de trabalho* (Tese de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio UCI

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



4º Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientadora:

PROJETO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Cid Albino, N°19759

Junho, 2021

4º Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientadora:

PROJETO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Cid Albino, N°19759

Junho, 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	5
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	5
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170

• INTRODUÇÃO

A realização do Projeto de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do 4º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica.

O estágio irá ser realizado na Unidade de Cuidados Intensivos do [REDACTED], com início a 12 de Maio e com a duração de 18 semanas. Vai decorrer sob a orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e da Enfermeira Especialista [REDACTED], tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/ família na área do doente crítico e/ou em falência orgânica, bem como de competências na área do controlo de infeção e área de catástrofe/emergência.

Este estágio contempla a realização, implementação e avaliação de um projeto de intervenção, que vá de encontro às necessidades identificadas na equipa/serviço e às minhas preferências, sob orientação da enfermeira orientadora, enfermeira chefe do serviço e professora. Inclui ainda a elaboração de um artigo para publicação.

A realização deste documento pretende descrever as atividades a realizar, de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área pessoa em situação crítica, e também, a criação dum instrumento de orientação e avaliação do presente estágio. Contudo este projeto poderá ser alvo de adequação tendo em conta a minha capacidade de evolução, as experiências vividas ao longo do estágio e possíveis necessidades de intervenção identificadas no serviço/equipa em que o mesmo decorre.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista encontra-se contemplada no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 de 3 de fevereiro de 2019 que confere a existência de 4 domínios: a - Responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5.º); b - Melhoria contínua da qualidade (artigo 6.º); c - Gestão dos cuidados (artigo 7.º); d - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 8.º).

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.</i></p> <p><i>A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i></p>	<p>A1.1 — Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar os conhecimentos éticos e deontológicos na relação com a equipa multidisciplinar, doentes e família • Observar a atuação da equipa em situações de maior complexidade ética • Refletir acerca da complexidade ética das situações vivenciadas durante o estágio • Discutir com a enfermeira orientadora sobre a atuação e tomada de decisão da equipa em situações de maior complexidade ética • Participar nas tomadas de decisão em equipa no que se refere à prestação de cuidados ao doente em/família, com base em princípios éticos e deontológicos • Prestar cuidados de forma segura e profissional e tendo por base as melhores práticas
	<p>A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>	
	<p>A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p>	
Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver

<p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i></p>	<p>A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da orientadora e restante equipa no que se refere à promoção dos direitos humanos na prestação de cuidados • Definir planos de atuação que respeitem os valores humanos e a dignidade do doente crítico em parceria com o enfermeiro orientador e restante equipa • Proteger os direitos humanos dos doentes, nomeadamente, respeitando os seus valores, costumes e crenças e o direito à informação, confidencialidade e autodeterminação • Respeitar a humanidade, dignidade, individualidade e privacidade do doente crítico na prestação de cuidados • Prestar cuidados de forma a garantir a segurança do doente e equipa, com base no conhecimento científico, normas e protocolos de atuação da instituição e serviço • Consultar evidência científica e refletir com a enfermeira orientadora sobre a mesma, nomeadamente em procedimentos mais complexos e em que tenha menos prática, como o objetivo de promover uma prestação de cuidados segura e adequada • Colaborar com a orientadora na identificação de situações que possam comprometer a segurança e privacidade do doente, discutindo medidas preventivas
	<p>A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	

Competências	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><i>Descritivo</i> Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.</p>	<p>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o funcionamento e organização do serviço em termos físicos, materiais e humanos • Observar e refletir sobre a atuação da orientadora enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados ao doente crítico/família/cuidador • Observar e colaborar com a enfermeira orientadora na sua intervenção enquanto chefe de equipa • Conhecer os principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade em prática no serviço, colhendo informações junto da enfermeira orientadora e enfermeira chefe e através da consulta de documentação existente no serviço • Discutir com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e professora sobre um tema para desenvolver um projeto de intervenção, que seja pertinente e útil para o serviço e contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para uma prestação de acordo com as boas práticas • Planear e realizar uma sessão de formação em serviço, com base em evidência científica, sobre o tema escolhido • Implementar e avaliar o projeto • Identificar oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria na prestação de cuidados • Realizar pesquisa biblio-
<p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p><i>Descritivo</i> Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua</p>	<p>B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p>	
	<p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B2.3 — Lidera programas de melhoria</p>	

		<p>gráfica sobre procedimentos e atuação na prestação de cuidados ao doente crítico nas situações que vão ocorrendo durante o estágio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados de acordo com os programas de melhoria contínua da qualidade já desenvolvidos • Avaliar, em conjunto com a enfermeira orientadora, a qualidade dos cuidados prestados, tendo por base a evidência científica
--	--	---

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><i>Descritivo</i> Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</p>	<p>B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o ambiente físico do serviço e suas características • Identificar material clínico existente no serviço • Reconhecer e identificar os riscos aos quais o doente crítica se encontra suscetível na unidade e perante a sua situação individual • Observar e refletir acerca da gestão do risco e tomada de decisão por parte da equipa multidisciplinar • Observar a orientadora e restante equipa de enfermagem nas estratégias utilizadas para promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção do doente, família e equipa • Discutir com a enfermeira orientadora a atuação enquanto enfermeiras especialistas na gestão do risco do doente crítico em
	<p>B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	

		<p>situações específicas que surjam ao longo do estágio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a orientadora sobre estratégias utilizadas para redução do risco e promoção da segurança do doente e equipa • Promover a discussão, análise e reflexão junto da equipa de situações de risco que possam surgir • Agir de acordo com as boas práticas de forma a minimizar riscos para o doente e profissionais • Promover um ambiente seguro e terapêutico na prestação de cuidados tendo em conta a pessoa, a situação e as características do serviço • Estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família • Prestar cuidados ao doente/ família tendo em conta a sua individualidade e especificidades psicossociais e culturais em cada situação • Identificar, em conjunto com a enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar, possíveis eventos adversos ou incidentes que possam gerar risco para o doente e equipa, colaborando na respetiva notificação e nos processos de resolução dos mesmos, bem como na definição de estratégias para os evitar
--	--	--

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
C1 — Gere os cuidados de	C1.1 — Otimiza o processo	• Consulta a orientadora,

<p>enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i></p>	<p>de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<p>enfermeira chefe e documentação existente no serviço, de forma a compreender as principais diretrizes de gestão de recursos humanos e materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar, analisar e refletir acerca da atuação da enfermeira orientadora e restantes enfermeiros do serviço enquanto especialistas, na organização e coordenação da equipa, • Observar a orientadora na organização e coordenação da equipa prestadora de cuidados, enquanto chefe de equipa • Refletir sobre as dificuldades e estratégias na gestão da equipa, na delegação de funções e supervisão de tarefas • Colaborar na delegação de tarefas e supervisão das mesmas • Prestar cuidados fundamentados e com tomada de decisão consciente • Colaborar com a enfermeira orientadora e restante equipa nos processos de tomada de decisão relativos ao doente crítico • Refletir com a enfermeira orientadora sobre as tomadas de decisão principalmente em situações mais complexas
	<p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>	

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados. Descritivo <i>Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</i>	C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e refletir sobre o estilo de liderança da equipa da unidade • Refletir acerca do impacto da liderança na dinâmica do serviço e na motivação da equipa • Reconhecer e refletir acerca do papel dos enfermeiros especialistas na unidade, enquanto líderes • Gerir de forma eficaz os recursos humanos na prestação de cuidados ao doente crítico, bem como os recursos materiais necessários, consoante a disponibilidade dos mesmos no serviço • Adaptar a prestação de cuidados à pessoa, situação e recursos disponíveis • Estabelecer uma relação harmoniosa e de colaboração com a equipa da unidade • Desenvolver capacidade de adaptação às dinâmicas do serviço • Conhecer as várias áreas e equipamentos do serviço • Planear em conjunto com a enfermeira orientadora as prioridades de intervenção de acordo com as situações e recursos
	C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.	D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre os comportamentos e dificuldades na prestação de cuidados e na interação com a equipa • Desenvolver estratégias
	D1.2 — Gera respostas de	

<p>Descritivo</p> <p><i>Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</i></p>	<p>adaptabilidade individual e organizacional.</p>	<p>para superar dificuldades e promover a adaptabilidade ao serviço na prestação de cuidados e na relação com os elementos da equipa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o meu papel enquanto enfermeira e aluna • Deter consciência das dificuldades e necessidades de aprendizagem • Realizar pesquisa bibliográfica e refletir com a enfermeira orientadora de forma a promover a aprendizagem e melhoria dos cuidados prestados • Discutir com a enfermeira orientadora todas as situações que possam gerar desconforto ou <i>stress</i> • Otimizar a capacidade de gestão de sentimentos e emoções • Discutir com a enfermeira orientadora sobre a minha prestação de cuidados e relação com a equipa • Criar e desenvolver estratégias de <i>coping</i> na construção do SER enfermeiro especialista
--	--	---

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação</i></p>	<p>D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar normas e protocolos existentes no serviço • Investigar em fontes de informação fiáveis e fidedignas respostas para as necessidades de conhecimentos em situações de elevada complexidade, como é o caso da prestação de cuidados ao doente crítico • Prestar cuidados de qualidade tendo por base os últimos referenciais existentes e conhecimentos sólidos e atuais • Esclarecer de dúvidas com a orientadora e equipa sempre que existam • Partilhar e recolher informação com a enfermeira orientadora e restante equipa • Discutir conhecimentos com enfermeira orientadora • Averiguar junto da enfermeira orientadora, da enfermeira responsável e equipa, necessidades de formação que possam ser sentidas pelos mesmos e que se mostrem pertinentes no contexto e realidade da unidade • Programar e realizar um projeto de intervenção e uma sessão de formação na área do doente crítico, sobre um tema pertinente e com base na última evidência científica
	<p>D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>	
	<p>D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

A crescente complexidade dos cuidados prestados aos doentes/famílias/cuidadores submetidos a tratamentos médicos e cirúrgicos, originou a necessidade da enfermagem desenvolver uma resposta especializada nesta área, com o objetivo dos profissionais realizarem uma prestação de cuidados mais diferenciada, adequada, consistente e baseada em evidência científica atual.

A aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica encontra-se contemplada no artigo 4.º do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018 que confere a existência de 3 competências: 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2 – dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de 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 resposta em tempo útil e adequados (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Descritivo <i>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e</i>	1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e discutir com a enfermeira orientadora os tipos de avaliação e abordagem do doente crítico realizados pela equipa multidisciplinar • Observar a atuação da enfermeira orientadora e restante equipa em situações mais complexas e diferenciadas na prestação de cuidados ao doente crítico • Prestar cuidados holísticos à pessoa/família em situação crítica, de forma atempada, adequada e fundamentada • Desenvolver capacidades para planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem complexas
	1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	

<p><i>habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i></p>		<p>ao doente crítico, em contexto de cuidados intensivos, de acordo com as suas necessidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planear e organizar a prestação de cuidados ao doente crítico tendo em conta as prioridades de atuação • Desenvolver capacidades de deteção precoce de sinais de deterioração clínica e instabilidade no doente, agindo em conformidade • Familiarizar com os materiais e equipamentos técnicos utilizados na prestação de cuidados ao doente em situação crítica em contexto de cuidados intensivos • Conhecer a medicação mais utilizada, e saber preparar e administrar através de pesquisa, informação transmitida pela orientadora e experiência adquirida ao longo do ensino clínico • Desenvolver capacidade para gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos ao doente crítico, mesmo em situações de maior instabilidade por parte do mesmo • Adotar comportamentos que previnam o erro na administração de medicação • Desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados específicos a doentes ventilados, em ventilação invasiva e não invasiva • Desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados específicos a
--	--	---

		<p>doentes submetidos a técnica dialítica, nomeadamente hemodiafiltração venovenosa contínua</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente com monitorização hemodinâmica invasiva • Otimizar competências técnicas na utilização da linha arterial e nos cuidados à mesma • Desenvolver competências técnicas na utilização do cateter PiCCO e prestação de cuidados ao mesmo • Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados ao doente com sepsis • Colher dados precisos junto da pessoa/processo clínico/familiares/pessoa significativa, a fim de deter um conhecimento o mais completo possível sobre o doente ao qual presto cuidados • Realizar registos de enfermagem completos e concisos no processo do doente; • Otimizar a capacidade de gerir o <i>stress</i> em situações mais complexas e de urgência/emergência de forma a dar resposta atempada e adequada • Refletir sobre a minha atuação na prestação de cuidados ao doente/família em situação crítica, durante o ensino clínico • Discutir com a enfermeira orientadora a minha atuação em situações mais
--	--	--

		<p>complexas da abordagem ao doente crítico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar em conjunto com a enfermeira orientadora o meu desempenho, no que respeita aos cuidados específicos desenvolvidos, procurando reconhecer dificuldades e adotar estratégias de melhoria
	<p>1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efetuar tratamento farmacológico da dor • Aplicar medidas para alívio não farmacológico da dor • Otimizar o conforto e bem-estar do doente em situação crítica em contexto de cuidados intensivos • Desenvolver estratégias de reconhecimento de dor em doentes críticos, nomeadamente em doentes ventilados • Conhecer e aplicar as escalas de avaliação da dor utilizadas no serviço, realizando adequadamente o seu registo • Realizar monitorização da dor, através da observação do doente e aplicação de escalas, de acordo com a situação de cada pessoa • Desenvolver competências na prestação de cuidados a doentes com sedo-analgesia
	<p>1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a atuação da enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar na comunicação com o doente crítico em contexto de cuidados intensivos, nomeadamente em doentes ventilados

	saúde.	e/ou sedoanalgesiados
	1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir acerca das barreiras à comunicação em doentes ventilados e/ou sedoanalgesiados • Desenvolver técnicas de comunicação com doentes críticos, nomeadamente ventilados e/ou sedoanalgesiados • Desenvolver habilidades de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos • Refletir acerca de efetividade das técnicas promotoras da comunicação utilizadas e discuti-las com a enfermeira orientadora • Estabelecer e gerir relações terapêuticas favoráveis, adaptando estratégias de comunicação diferenciada para uma comunicação mais eficaz • Valorizar a dor bem como a comunicação da pessoa em situação crítica com suporte ventilatório • Valorizar e compreender condicionantes do bem-estar físico, psíquico, social, Espiritual, bem como o medo, ansiedade e sofrimento, intervindo no sentido de otimizar o bem-estar do doente • Demonstrar empatia e respeito pela pessoa/família alvo dos cuidados
	1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver capacidades de comunicação e assistência e à pessoa/família com perturbações emocionais resultantes da

	situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	situação de doença em contexto de cuidados intensivos
--	--	---

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista 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.</i></p>	2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver capacidades para prestar cuidados complexos e invasivos ao doente crítico em situação de urgência/emergência de forma atempada e eficaz • Leitura do plano de resposta a situações de catástrofe do Hospital do Espírito Santo em Évora e da unidade de cuidados intensivos • Questionar e debater com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe sobre a atuação, comportamento e gestão da equipa e recursos físicos no contexto da pandemia • Compreender e colaborar na organização e gestão do serviço de cuidados intensivos no que se refere à sua gestão e organização, como forma de dar resposta às necessidades, decorrentes da maior afluência de doentes e necessidade de isolamento, devido à situação pandémica • Colaborar com a enfermeira orientadora da deteção de possíveis situações que ocorram durante o ensino clínico que possam suscitar indício de crime e compreender como agir
	2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe	
	2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	
	2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	

Competência	Unidades de competência	Atividades a desenvolver
<p>3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.</i></p>	<p>3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa de forma a aprofundar conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de infeção e o PPCIRA do Hospital; • Conhecer as principais normas e protocolos existentes e em desenvolvimento no âmbito do controlo de infeção no serviço • Observação das práticas aplicadas pela enfermeira orientadora e restante equipa no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico • Analisar, refletir e discutir com a enfermeira orientadora as atuações da equipa multidisciplinar no que respeita à prevenção e controlo de infeção no doente crítico • Prestar cuidados ao doente em situação crítica de acordo com protocolos e medidas de prevenção e controlo de infeção • Prestar cuidados que visem a prevenção e controlo de infeção, nomeadamente: na prevenção da Pneumonia Associada à Entubação e <i>Sepsis</i>. • Cumprir as normas referentes à prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde • Colaboração na monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas. • Desenvolver um portefó-
	<p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	

		lio e realizar formação sobre a atuação em doentes com <i>Sepsis</i>
--	--	--

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica de . *Diário Da República, 2.a Série (N.º135 de 16-07-2018, 19359–19364).*
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.a Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750.*

APÊNDICE II – Cronograma do Projeto

APÊNDICE III – Resumo Antigo

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico com Sépsis: uma *Scoping Review*

Albino, Maria¹; Ruivo, Alice²

1- Enfermeira de Cuidados Gerais na ULSBA, EPE;

2 – Professora Doutora

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

Problemática: A Sépsis representa um grave problema de saúde pública com elevada incidência e mortalidade (DGS, 2017). A nível mundial ocorrem aproximadamente 50 milhões de casos de Sépsis por ano e cerca de 11 milhões de mortes associadas a esta patologia, (Rudd *et al.*, 2020). O seu reconhecimento precoce e tratamento atempado e adequado torna-se uma área de prioridade global, com foco nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde esta patologia representa uma das maiores causas de internamento e mortalidade. É fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos robustos acerca dos sinais e sintomas da Sépsis, bem como das intervenções a realizar, com base nas diretrizes internacionais, visando contribuir de forma ativa para uma prestação de cuidados de qualidade a estes doentes.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem ao doente crítico com Sépsis. Identificar a importância do papel dos enfermeiros na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com Sépsis na Unidade de Cuidados Intensivos.

Metodologia: Realizou-se uma *Scoping Review*, de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Foi utilizada a base de dados EBSCO e efetuada a pesquisa entre agosto e setembro de 2021, utilizando termos validados previamente pelo MeSH para artigos publicados entre 2017 e 2021, em português, inglês e espanhol. Após triagem e leitura dos artigos foram selecionados 6.

Conclusão: Verificou-se que existe e persiste a necessidade de aprofundar o conhecimento dos enfermeiros sobre a Sépsis, bem como em aplicar os protocolos e *bundles* de forma mais atempada, adequada e eficaz. Apostar na formação dos enfermeiros e na criação de protocolos institucionais de atuação perante suspeita e diagnóstico de Sépsis, pode contribuir de forma assaz positiva para atingir este objetivo. Conclui-se que a intervenção dos enfermeiros, perante os doentes com Sépsis, é indispensável no seio da equipa multiprofissional, sendo que a maioria das intervenções preconizadas são realizadas pelos mesmos, que assumem o papel fundamental como elo de ligação entre o doente, equipa de saúde e família. Contribuindo de forma bastante efetiva para um tratamento mais atempado, adequado, individualizado e humanizado. Pela sua atuação, o enfermeiro contribui de forma ativa e relevante para a eficaz melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente para um melhor prognóstico dos doentes com Sépsis.

Palavras-Chaves: Sépsis; Cuidados de enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos [UCI].

ABSTRACT

Problematic: Sepsis represents a huge serious public health problem with high incidence and mortality (DGS, 2017). Worldwide, there are approximately 50 million cases of sepsis per year and about 11 million deaths associated with this pathology (Rudd et al., 2020). Its early recognition as timely and adequate treatment becomes an area of global priority, with a focus on Intensive Care Units (ICU), where this pathology represents one of the major causes of hospitalization and mortality. It is essential that nurses have robust knowledge about the signs and symptoms of Sepsis, as well as the interventions to be carried out, based on international guidelines, in order to actively contribute to the provision of quality care to these patients.

Goal: To map nursing interventions for critically ill patients with sepsis. To identify the importance of nurses' role on quality of care provided to critically ill patients with sepsis in the Intensive Care Unit.

Methodology: A *Scoping Review* was carried out, according to the *Joanna Briggs Institute* methodology. The EBSCO database was used and the search was carried out between August and September 2021, using terms previously validated by MeSH for articles published between 2017 and 2021, in Portuguese, English and Spanish. After screening and reading the articles, 6 were selected.

Conclusion: It was found that there is and persists a need to deepen nurses' knowledge about Sepsis, as well as to apply protocols and bundles in a more timely, adequate and effective way. Investing in training of nurses and in the creation of institutional protocols for action in the face of suspicion and diagnosis of Sepsis can contribute in a very positive way to achieve this objective. It is concluded that the intervention of nurses, before patients with Sepsis, is essential within the multidisciplinary team, and most of the recommended interventions are carried out by nurses, who take the fundamental role as a link between the patient, the team of health and family. Contributing in a very effective way to a more timely, adequate, individualized and humanized treatment. Throughout their work, nurses actively and relevantly contribute to the effective improvement of the quality of care and, consequently, to a better prognosis for patients with Sepsis.

Keywords: Sepsis; Nursing care; Intensive Care Unit (ICU).

APÊNDICE IV – **Poster Sepsis**

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: FOCO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Introdução

A Sepsis representa um grave problema de saúde pública, sendo a sua incidência comparável ao AVC, EAM, tumor da mama e colon-retal. Embora a letalidade da Sepsis venha a diminuir, tem havido um aumento sustentado dos casos de Sepsis o que leva a um aumento do número de mortes associadas a esta patologia (DGS, 2017).

□ A nível mundial:

Segundo Rudd, *et al* (2020) ocorrem:

- Aproximadamente 50 milhões de casos de Sepsis por ano;
- 11 Milhões de mortes por Sepsis por ano;
- 19,7 % das mortes em todo mundo está associada à Sepsis



De acordo com Singer, *et al* (2016) verifica-se que:

- O Choque Séptico está associado a taxas de mortalidade hospitalar superiores a 40%.
- Os doentes que sobrevivem à Sepsis, geralmente apresentam alterações físicas, psicológicas e cognitivas a longo prazo, com implicações sociais e de saúde significativas.

□ A nível nacional:

Dados da DGS (2017) demonstram que:

- 22% - 24% dos doentes internados em UCI são devido a Sepsis adquirida na comunidade;
- A Sepsis está associada a uma mortalidade hospitalar global de 38%;
- Em doentes que desenvolveram Choque Sético a mortalidade atingiu os 49-51%.

Definição de Sepsis e Choque Séptico

- **Sepsis** - Disfunção orgânica com risco de vida, causada pela resposta desregulada do hospedeiro à infeção.
- **Choque Séptico** - Subconjunto (progressão) da Sepsis, associado a alterações circulatórias, celulares e metabólicas particularmente profundas, que estão associadas a um maior risco de mortalidade que a Sepsis.

Sinais e Sintomas da Sepsis e Choque Séptico

- **Parâmetros Vitais:**
 - Taquicardia
 - Hipotensão
 - Alteração da Temperatura (<35°C ou >38°C)
 - FR >22cpm e disfunção respiratória
 - Diminuição da SpO2
 - **Outros sinais de alerta:**
 - Alteração do estado de consciência
 - Sinais de má perfusão;
 - ✓ Pulso periférico fraco
 - ✓ Diminuição da PVC
 - ✓ Diminuição do tempo de preenchimento capilar
 - ✓ Extremidades frias e marmoreadas
 - Diminuição do débito urinário ou oligúria
 - Hiperglicemia persistente, em pessoas não diabéticas
- DGS (2017) e (Neto, *et al.*, 2019)



Diagnóstico e Tratamento

- A Sepsis deve ser considerada uma **EMERGÊNCIA MÉDICA**;
- A identificação precoce e tratamento imediato e adequado são fundamentais para a melhoria do prognóstico dos doentes com Sepsis e da qualidade dos cuidados;
- Os doentes com Sepsis precisam de avaliação inicial urgente e detalhada, uma reavaliação precisa e contínua da resposta às intervenções realizadas e tratamento urgente e adequado;
- O **Enfermeiro** tem um **papel fundamental** no seio da equipa multidisciplinar, no diagnóstico precoce, no tratamento atempado e adequado e na vigilância e monitorização de alterações nos doentes com Sepsis, pelo que é fundamental que desenvolva conhecimentos aprofundados sobre a Sepsis e as mais recentes diretrizes internacionais para o seu tratamento
- Para uma prestação de cuidados adequada, atempada e de qualidade é fundamental que as intervenções de enfermagem tenham por base:
 - **Evidência científica:** Conhecimento sobre a Sepsis, diretrizes, *bundles* e protocolos. O conhecimento e empoderamento dos enfermeiros promovem a cooperação interdisciplinar, a implementação eficaz e correta das *bundles* da sepsis, aumentando a eficiência e qualidade dos cuidados
 - **Avaliação:** Reconhecimento e identificação precoce da Sepsis e Choque Séptico, bem como identificação precoce de sinais de deterioração clínica, contribuindo assim para um diagnóstico e tratamento atempado e adequado à situação clínica do doente.
 - **Planeamento de intervenções:** Independentes e interdependentes, estabelecendo prioridades, de acordo com a situação clínica do doente e diretrizes internacionais da SSC.
 - **Implementação das intervenções planeadas:** com base nas diretrizes para o tratamento da Sepsis e Choque Séptico e na situação clínica de cada doente.
 - ✓ Implementação das intervenções da **bundle da 1ª hora**;
 - ✓ Avaliação e manutenção dos níveis de glicemia < 180 mmHg;
 - ✓ Colaborar nas medidas para identificação e tratamento do **foco de infeção**;
 - ✓ Avaliação do alívio da dor;
 - ✓ Promover o **conforto**;
 - ✓ Cuidados **centrados no doente e na família**;
 - ✓ Respeito permanente pelas medidas de **prevenção e controlo de infeção**.
 - **Reavaliação e monitorização permanente:** Através de uma abordagem holística permanente e pormenorizada, com foco para a resposta às intervenções realizadas e sinais de deterioração clínica a fim de intervir da forma mais atempada e adequada possível.



Conclusão

- Existe ainda uma lacuna na implementação das diretrizes e *bundles*, da Sepsis, sobretudo ao nível dos tempos de intervenção preconizados após o diagnóstico (Liu, *et al.*, 2021).
- A criação de protocolos institucionais baseadas nas recomendações da SSC promove uma melhor e maior adesão às mesmas (Liu, *et al.*, 2021).
- O enfermeiro possui um papel fulcral nas intervenções para o tratamento do doente com sepsis já que, depende deste a correta aplicação das ações, na sequência correta e no tempo preconizado pelas diretrizes da SSC, proporcionando assim uma prestação de cuidados atempada e adequada que permitirá melhorar o prognóstico destes doentes (Neto, *et al.*, 2019).
- Nos Cuidados intensivos é fundamental que o enfermeiro tenha capacidade para planejar, coordenar e implementar ações que promovam uma avaliação criteriosa do doente no sentido de:
 - identificar precocemente sinais e sintomas de sepsis e disfunção orgânica e discutir-las com a equipa médica;
 - com o objetivo de proporcionar o tratamento mais atempado e adequado, baseado principalmente nas diretrizes da SSC.
- É fundamental que toda a avaliação do doente seja feita de forma criteriosa, contínua e permanente e que o enfermeiro comunique imediatamente as alterações detetadas aos diferentes elementos da equipa, promovendo a discussão interdisciplinar e a implementação de medidas de acordo com o estado clínico do doente o mais precoce possível.

Mestranda Enfermeira Maria Cid Albino

Orientadora:

Orientadora Académica: Professora Doutora Alice Ruivo

Diretrizes Internacionais para a Sepsis

- O programa "Surviving Sepsis Campaign" (SSC) engloba definições, diretrizes e *bundles*, sendo que a adesão criteriosa às mesmas está associada a uma diminuição da mortalidade por Sepsis e choque séptico (Rhodes, *et al.*, 2017; Liu, *et al.*, 2021).
- A última atualização da SSC ocorreu em 2018 com a criação da **Bundle da 1ª hora**, que resulta da combinação das anteriores *bundles* de 3 e 6 horas, com indicação explícita de iniciar a ressuscitação e gestão imediata dos doentes com diagnóstico de Sepsis.

Bundle da 1ª hora

Bundle da 1ª Hora
Ressuscitação inicial para a Sepsis e Choque Séptico

1. Medir o nível de lactato. Reavaliar o nível de lactato, se o nível inicial for elevado (>2 mmol/L).
2. Obter culturas de hemoculturas antes de administrar antibióticos.
3. Administrar antibióticos de largo espectro.
4. Administrar 30ml/kg de Fluidos cristalóides em doentes, na existência de hipotensão ou níveis de lactato superiores a 4 mmol/L.
5. Administrar vasopressores em doentes que mantiverem hipotensão após a ressuscitação com fluidos, com o objetivo de manter uma PAM ≥ 65 mmHg.

Talvez não cumpram todos os elementos de bundle no 1ª hora de identificação

Surviving Sepsis Campaign

Referências: DGS (2017). *Via Verde Sepsis no Adulto*. Circular Normativa Nº 10/2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.gov.pt/Docs/2017/06/20170616_ViaVerdeSepsisNoAdulto.pdf

Levy, M., Evans, L. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Critical Care Medicine*, 44, 925-928. Doi: <https://doi.org/10.1093/crm/ckz014>

Neto, J., Almeida, A., Silva, L., Viana, R., Nobrega, M. (2019). Paciente grave com sepsis: conceitos e atualizações de enfermagem intensivista. *Enfermagem em Saúde*, 15(5), 650-657. Doi: <https://doi.org/10.1191/1684-2616>

Liu, C., Wang, X., Zhang, K., Hao, G., Han, W., Tian, Y., Gu, L., Shen, L. (2021). Study on clinical nursing pathway to promote the effective implementation of sepsis bundle in septic shock. *European Journal of Medical Research*, 26(9), 1-8. Doi: <https://doi.org/10.18659/ejmr.2020.260904>

Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Lynn, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Seckman, K., Sprung, C., Nunnally, M., Reinhart, B., Rubenfeld, G., Angus, D., Annane, D., Bauer, R., Bellomo, R., Bernard, G., Chiche, J., Coopersmith, C., Deblinger, P. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43, 304-337. Doi: <https://doi.org/10.1177/1078298316669859>

Rudd, K., Johnson, S., Agnis, K., Shackelford, K., Tsai, D., Kimlin, D., Colaburara, D., Reiss, K., Knausan, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Mchabota, F., Bhatnagar, K., Rawson, R., Seymour, C., Watson, R., West, T., Marinho, F., Hay, S., Lazarus, R., ... & Nguyen, M. (2020). *Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study*. *Lancet*, 395, 200-211. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6838\(20\)30925-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6838(20)30925-7)

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801-810. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

APÊNDICE V – Sessão Formação Sepsis

Diapositivo 1

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
INSTITUTO DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde
Dr. António Dias

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS

Foco na Intervenção do Enfermeiro

Outubro 2021

Diapositivo 2

4 ° Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final
Unidade de Cuidados Intensivos

Mestranda: Maria Cid Albino


Orientadora:

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Diapositivo 3

Sumário

1. Contextualização da Sepsis
2. Definições, sinais e sintomas de Sepsis e Choque Séptico
3. Via Verde Sepsis
4. Diagnóstico e tratamentos da Sepsis e importância da intervenção do enfermeiro
5. *Bundle* da 1ª hora da Sepsis
6. Intervenções de enfermagem na Pessoa em Situação Crítica com Sepsis e Choque Séptico
7. Conclusões



Diapositivo 4

Objetivo Geral

- Divulgar conteúdos sobre a Sepsis e Choque Séptico com base em evidência científica atual à equipa de enfermagem

Objetivos Específicos

- Contextualizar a problemática da Sepsis
 - Definir Sepsis e Choque Séptico
- Descrever sinais e sintomas sugestivos de Sepsis e Choque Séptico
 - Apresentar a Via Verde Sepsis
- Abordar a importância do diagnóstico e tratamento precoces da Sepsis e Choque Séptico
 - Apresentar a *Bundle* da 1ª hora
- Descrever as intervenções de enfermagem ao doente com Sepsis e Choque Séptico
- Demonstrar a importância do enfermeiro no diagnóstico, tratamento e avaliação dos doentes com Sepsis e Choque Séptico



Diapositivo 5



01

CONTEXTUALIZAÇÃO DA SÉPSIS

- Impacto a nível Mundial
- Impacto a nível Nacional
- Principais motivos para o aumento da incidência da Sepsis
- Considerações OMS
- Diretrizes internacionais para a Sepsis



Diapositivo 6

IMPACTO A NÍVEL MUNDIAL



Dados Europeus e dos EUA referentes à última década, confirmam que a Sepsis representa um **grave problema de saúde pública**, sendo a sua incidência comparável ao AVC, EAM, tumor da mama e colorretal.

Mesmo com a diminuição da letalidade da Sepsis o progressivo aumento da sua incidência tem vindo a sobrepor-se, causando uma elevação sustentada do número de mortes, que é comparável à morte por AVC e EAM.

DGS (2017)



Diapositivo 7



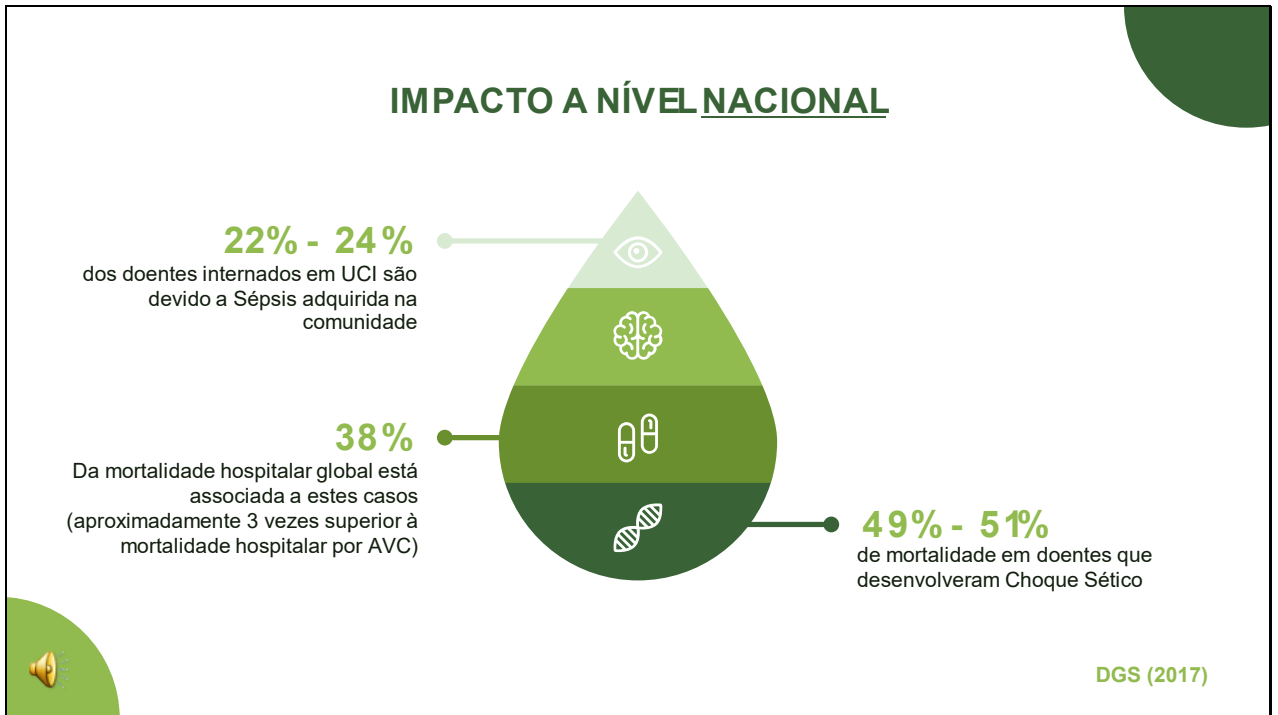
Diapositivo 8

IMPACTO A NÍVEL MUNDIAL

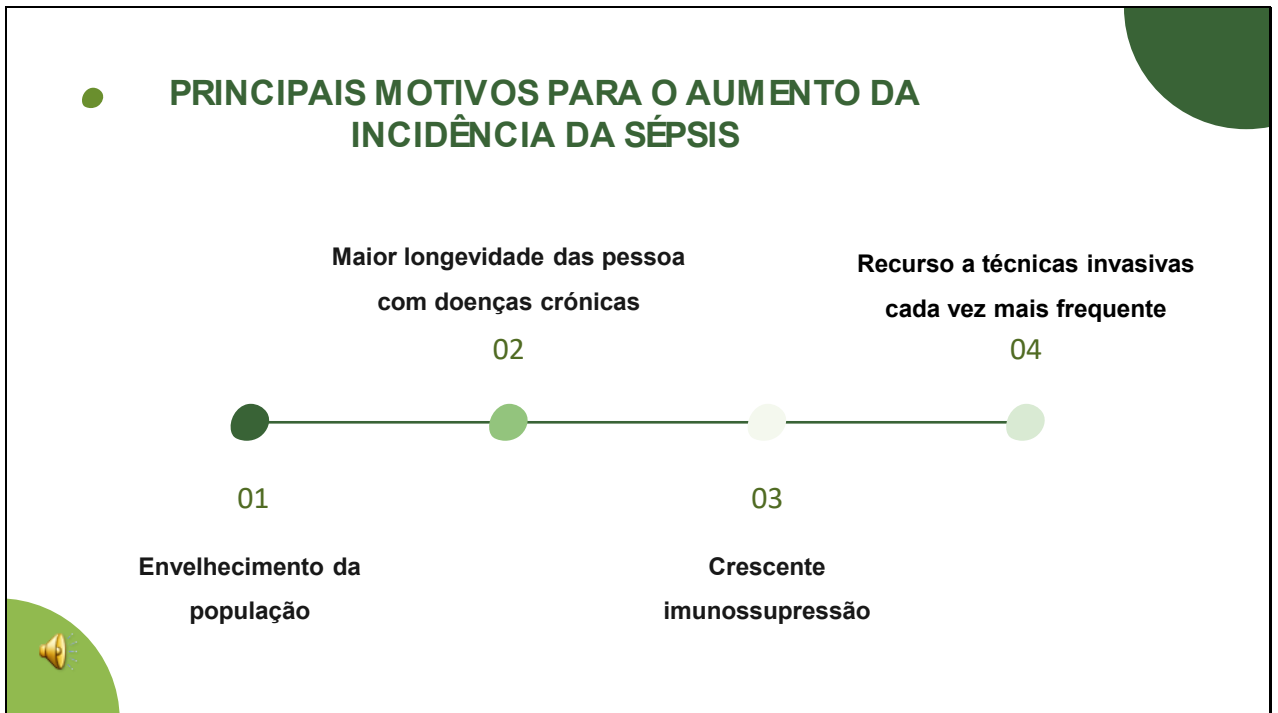
- O Choque Séptico esta associado a taxas de mortalidade hospitalar superiores a 40%.
- Os doentes que sobrevivem à Sepsis, geralmente apresentam **alterações físicas, psicológicas e cognitivas** a longo prazo, com implicações sociais e de saúde significativ

Singer, *et al* (2016)

Diapositivo 9




Diapositivo 10



Diapositivo 11

CONSIDERAÇÕES OMS




- OMS encara a Sepsis como uma questão fundamental para a saúde global
- A Sepsis é frequentemente subdiagnosticada no estágio inicial, quando ainda é potencialmente reversível
- A OMS declara ser fundamental priorizar ações que aumentem a consciencialização dos profissionais de saúde sobre as manifestações clínicas da Sepsis e seu tratamento, com o objetivo de melhorar o diagnóstico precoce e uma gestão clínica atempada e adequada, para facilitar os esforços relacionados com a qualidade dos cuidados aos doentes com Sepsis

OMS (2017)

Diapositivo 12

CONSIDERAÇÕES OMS


Diretrizes Internacionais para a Sepsis



Para fazer face ao aumento da incidência da Sepsis surgiu em 2002, em Barcelona, através de uma reunião anual entre a Sociedade de Medicina Intensiva e Sociedade de Medicina Crítica, o programa “**Surviving Sepsis Campaign**” (SSC) que deu origem à publicação de um conjunto de definições, diretrizes e *bundles*, publicado pela primeira vez em 2004, revisto e atualizado em 2008, 2012 e 2016.

Rhodes, et al (2017)

O **objetivo geral da SSC** é reduzir a mortalidade em doentes com sepsis e choque séptico, sendo que adesão criteriosa a estas diretrizes está associada à redução da letalidade.



Liu, et al (2021)

Diapositivo 13

CONSIDERAÇÕES OMS

Diretrizes Internacionais para a Sepsis

Em 2018 a SSC fez uma nova atualização com a criação da **Bundle da 1ª hora**.



A principal mudança desta revisão de 2018 nas diretrizes da SSC é que as *bundles* de 3 e 6 horas foram combinadas numa, a **bundle de 1ª hora**, com a intenção explícita de iniciar a ressuscitação e gestão imediata dos doentes com diagnóstico de sepsis. Nesta **bundle** é salvaguardado que pode ser necessária mais de uma hora para realizar todas as intervenções, mas as mesmas devem ser iniciadas o mais rapidamente possível e sem atrasos.



Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 14



02

SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO

PARTE I
Definições
Sinais e Sintomas



Diapositivo 15

Definições

Sépsis

Disfunção orgânica com risco de vida, causada pela resposta desregulada do hospedeiro à infeção.

Choque Séptico

Subconjunto (progressão) da Sépsis, associado a alterações circulatórias, celulares e metabólicas particularmente profundas, que estão associadas a um maior risco de mortalidade que a Sépsis. Associado a hipotensão refratária à ressuscitação com fluidos

Singer, et al (2016)

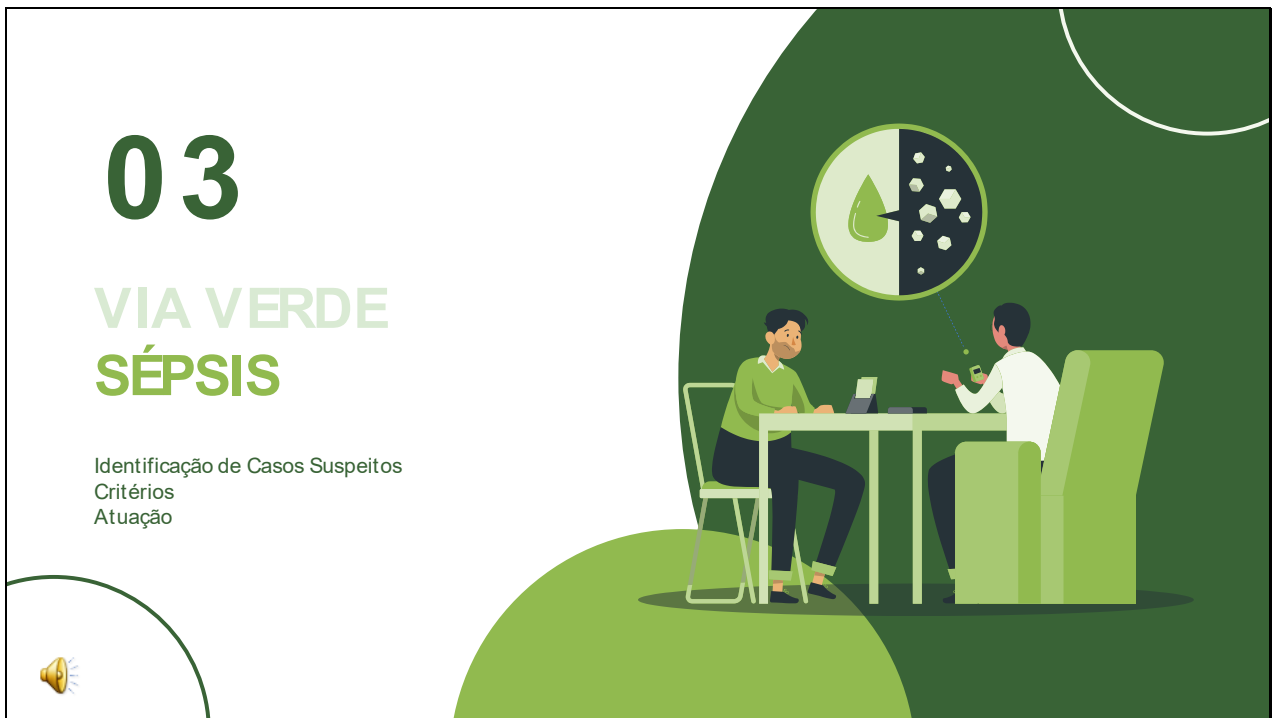
Diapositivo 16

Sintomas e Sinais

Parâmetros Vitais	Outros sinais de alerta
<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia• Hipotensão• Alteração da Temperatura (<35°C ou >38°C)• FR >22cpm e disfunção respiratória• Diminuição da SpO2	<ul style="list-style-type: none">• Alteração do estado de consciência• Sinais de má perfusão:<ul style="list-style-type: none">• Pulso periférico fraco• Diminuição da PVC• Diminuição do tempo de preenchimento capilar• Extremidades frias e marmoreadas• Diminuição do débito urinário ou oligúria• Hiperglicemia persistente, em pessoas não diabéticas

*DGS (2017)
Neto, et al (2019)*


Diapositivo 17



03

VIA VERDE SÉPSIS

Identificação de Casos Suspeitos
Critérios
Atuação




Diapositivo 18



VIA VERDE SÉPSIS




- Uma das recomendações emitidas pela SSC é que os hospitais e sistema hospitalares tenham um **programa de melhoria do desempenho para a Sepsis**, incluindo a triagem e referenciação da Sepsis para doentes com doença aguda grave e alto risco (Rhodes *et al.*, 2017)
- Em **Portugal**, em 2010, a DGS emite uma circular normativa, decretando que todos os Hospitais de Nível 2 (com UCI) desenvolvam e implementem um protocolo de Via Verde Sepsis (VS) (DGS, 2010)
- Já em 2016 com a norma 010/2016, atualizada em 2017, referente à VS, a DGS volta a declarar ser imperativo e emergente a criação de estratégias para implementação de medidas de deteção e atuação em casos suspeitos de Sepsis (DGS, 2017)
- A **implementação da VS** está a decorrer neste momento no Hospital de Évora




Diapositivo 19

VIA VERDE SÉPSIS
Identificação de casos Suspeitos




Para se **considerar um acaso suspeito de Sepsis** e ativar a via verde Sepsis o enfermeiro deverá verificar que o doente apresenta pelo menos um **critério de presunção de infeção** e em simultâneo um critério de **suspeita de inflamação sistémica**, assim como a ausência de critérios de exclusão. Perante a suspeita, o médico deve confirmar a presença de Sepsis/Choque Séptico através da existência de um ou mais critérios de gravidade .



DGS (2017)

Diapositivo 20


VIA VERDE SÉPSIS
Identificação de casos Suspeitos



Critérios de presunção de infeção:

Alteração da temperatura (<35°C ou >38°C) associada a pelo menos um dos seguintes critérios:


- Cefaleias
- Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
- Dispneia
- Tosse
- Dor abdominal (distensão ou diarreia)
- Icterícia
- Disúria ou polaquiúria
- Dor lombar
- Sinais inflamatórios cutâneos extensos




DGS (2017)

Diapositivo 21

VIA VERDE SÉPSIS
Identificação de casos Suspeitos


 **Critérios de inflamação sistémica:**

- **Confusão e/ou alteração** do estado de consciência
- **FC > 90 bpm** com tempo de preenchimento capilar aumentado
- **FR > 22 cpm**


 **DGS (2017)**

Diapositivo 22

VIA VERDE SÉPSIS
Identificação de casos Suspeitos

 **Critérios de exclusão**


- Doença cerebrovascular aguda
- Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
- Estado de mal asmático
- Gravidez
- Hemorragia digestiva ativa
- ICC descompensada/SCA
- Politrauma/ Grandes queimados

 **DGS (2017)**

Diapositivo 23


VIA VERDE SÉPSIS

● Identificação de casos Suspeitos




Critérios de gravidade:

- Hiperlactacidemia (**> 2 mmol/l**)
- Hipotensão arterial (**TAS < 90 mmHg**)
- Hipoxemia (**PaO₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou P/F < 300 mmHg**)




DGS (2017)

Diapositivo 24



VIA VERDE SÉPSIS
ATUAÇÃO

1. Início imediato das intervenções contempladas na **bundle 1ª hora**
2. Administração de **oxigénio**
3. Identificação (confirmada ou presumida) do **foco de infeção**
4. Realização de **avaliação clínica** analítica e imagiológica (com base na suspeita do foco).
5. **Avaliação laboratorial** (hemograma, coagulação, ionograma, ureia, creatinina, glicose e bilirrubina)
6. **Identificação do foco**
7. **Controlo do foco** (nas primeiras 6h - intervenção cirúrgica, antibioterapia dirigida..)



DGS (2017)

Diapositivo 25

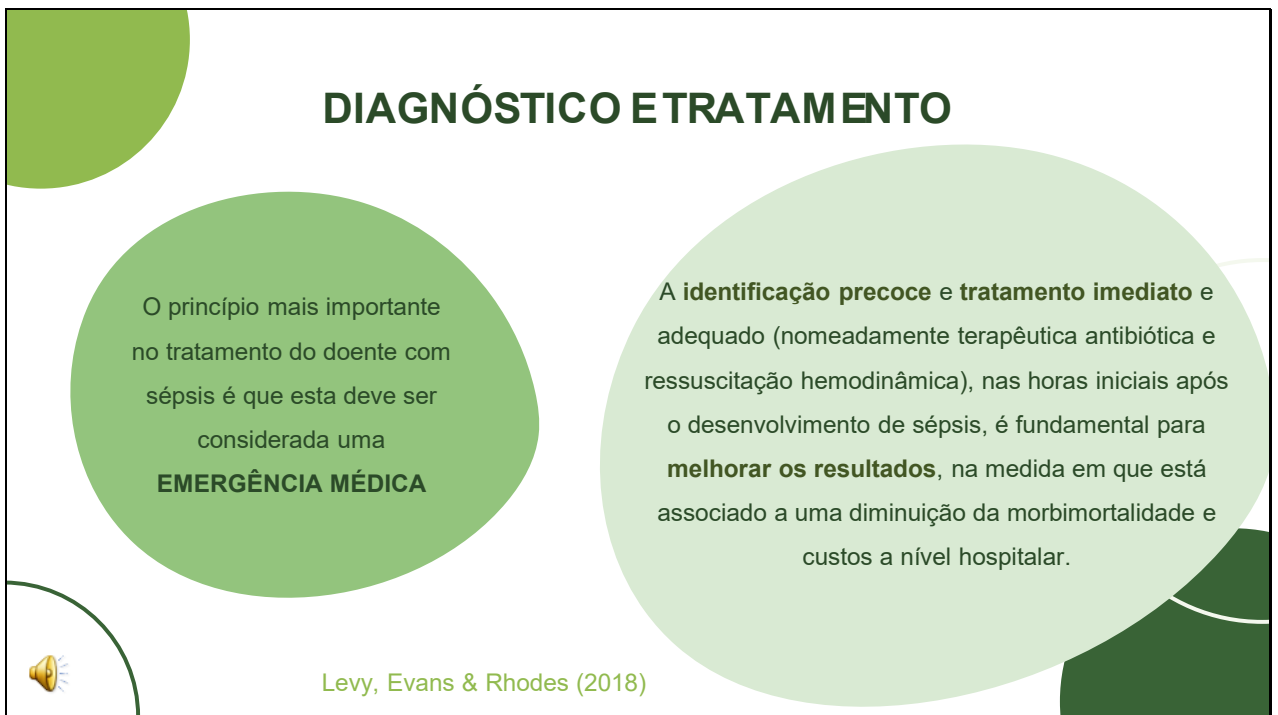


04

SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO

PARTE II
Diagnóstico e Tratamento
Importância do enfermeiro no diagnóstico e
tratamento dos doentes com Sepsis e
Choque Séptico

Diapositivo 26



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O princípio mais importante no tratamento do doente com sepsis é que esta deve ser considerada uma **EMERGÊNCIA MÉDICA**

A **identificação precoce e tratamento imediato** e adequado (nomeadamente terapêutica antibiótica e ressuscitação hemodinâmica), nas horas iniciais após o desenvolvimento de sepsis, é fundamental para **melhorar os resultados**, na medida em que está associado a uma diminuição da morbimortalidade e custos a nível hospitalar.

Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 27

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

As diretrizes afirmam que os doentes com Sepsis precisam de avaliação inicial urgente e detalhada, uma reavaliação precisa e contínua da resposta às intervenções realizadas e tratamento urgente e adequado.

Necessitando assim, de uma avaliação hemodinâmica e laboratorial pormenorizada e de uma intervenção o mais rápida possível, de acordo com a sua situação clínica.

Levy, Evans & Rhodes (2018)



Diapositivo 28

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A cada hora de atraso na administração de antibioterapia apropriada há uma redução de 7,6% na probabilidade de sobrevivência dos doentes com Sepsis

Kumar *et all* (2009)

Foi demonstrado que a implementação criteriosa das *bundles* (pacotes de intervenções) desenvolvidos para o tratamento da Sepsis podem reduzir a mortalidade destes doentes em 20%

Antonelli (2018)



Diapositivo 29

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

É o **Enfermeiro** o profissional que está mais próximo do doente e é de si que, em grande parte, depende a aplicação das intervenções contempladas para o diagnóstico, tratamento e avaliação destes doentes

Neto, et al (2019)

O **Enfermeiro** tem um papel fundamental no seio da equipa multidisciplinar, no diagnóstico precoce, no tratamento atempado e adequado e na vigilância e monitorização de alterações nos doentes com Sepsis, pelo que é fundamental que desenvolva conhecimentos aprofundados sobre a Sepsis e as mais recentes diretrizes internacionais para o seu tratamento

Kumar et al (2009)



Diapositivo 30

05

Bundle
DA 1ª HORA



Diapositivo 31

Hour-1 Bundle
Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock

Surviving Sepsis Campaign

MEDICAL EMERGENCY
Initiate bundle upon recognition of sepsis/septic shock.
May not complete all bundle elements within one hour of recognition.

1
Measure lactate level.
Remeasure lactate if initial lactate elevated (> 2 mmol/L).

2
Obtain blood cultures before administering antibiotics.

3
Administer broad-spectrum antibiotics.

4
Begin rapid administration of 30 mL/kg crystalloid for hypotension or lactate ≥ 4 mmol/L.

5
Apply vasopressors if hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain a mean arterial pressure ≥ 65 mm Hg.

Bundle da 1ª hora

- 1 . Avaliação do nível de lactato
2. Colheita de hemoculturas
3. Administração de antibióticos
- 4 . Administração de fluidos
5. Administração de vassopressores - Aminas

Diapositivo 32

Bundle da 1ª hora

1

Realizar gasimetria arterial para avaliação do **nível de lactato** e reavaliação, se nível de lactato inicial for superior a 2 mmol/L

Se o lactato inicial estiver elevado (> 2 mmol/L), deve ser feita nova medição dentro de 2 a 4 horas, devendo a ressuscitação ser realizada com base nos valores de lactatos obtidos.

- Vários ensaios clínicos demonstraram um redução significativa da mortalidade com ressuscitação orientada pelo nível lactato.
- O lactato sérico não é um medidor direto da perfusão tecidual, mas pode servir com substituto, pois o seu aumento representa hipóxia tecidual, servindo como marcador de hipoperfusão tecidual.

Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 33

• **Bundle da 1ª hora**

2

Colheita de **hemoculturas** antes da administração de antibióticos: a colheita deve incluir pesquisa de agentes Aeróbios e Anaeróbios.

(É fundamental fazer as colheitas de forma criteriosa de acordo com protocolo das mesma)

- A esterilização das culturas pode ocorrer minutos após a administração da primeira dose de antibiótico, pelo que a colheita de sangue deve ser feita sempre que possível antes da mesma, para otimizar a identificação de agentes patogénicos.
- Em caso de impossibilidade de colheita de sangue para hemoculturas, a administração de antibioterapia não deve ser retardada.

Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 34

• **Bundle da 1ª hora**



3

Administração de **antibióticos de largo espectro**: A antibioterapia realizada é empírica, com um ou mais antimicrobianos administrados via endovenosa, para cobrir todos os agentes infecciosos prováveis e é imperativo que seja iniciada o mais rápido possível.


- A administração precoce da antibioterapia é fundamental para um tratamento adequado e de alta qualidade aos doentes com Sepsis.
- Assim que existam resultados das hemoculturas, devem ser administrados antibióticos específicos e os restantes em administração devem ser reduzidos . Caso a infeção seja comprovada como inexistente a antibioterapia deve ser descontinuada.

Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 35




● **Bundle da 1ª hora**




Administração de **30ml/kg de fluidos** cristaloides endovenosos, na existência de hipotensão ou níveis de lactato superiores a 4mmol/L:

- A reanimação inicial com fluidos deve começar imediatamente após o reconhecimento de um doente com Sepsis, na presença de hipotensão e/ou aumento dos níveis de lactato, sendo concluída 3 horas após o seu início.
- A ressuscitação precoce com fluidoterapia é fundamental para a estabilização da hipoperfusão induzida pela Sepsis ou Choque Séptico.
- Após a reanimação inicial, a administração de fluidos requer uma avaliação cuidadosa, na medida em que existem evidências de que o balanço hídrico positivo sustentado, pode ser prejudicial.




Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 36




● **Bundle da 1ª hora**



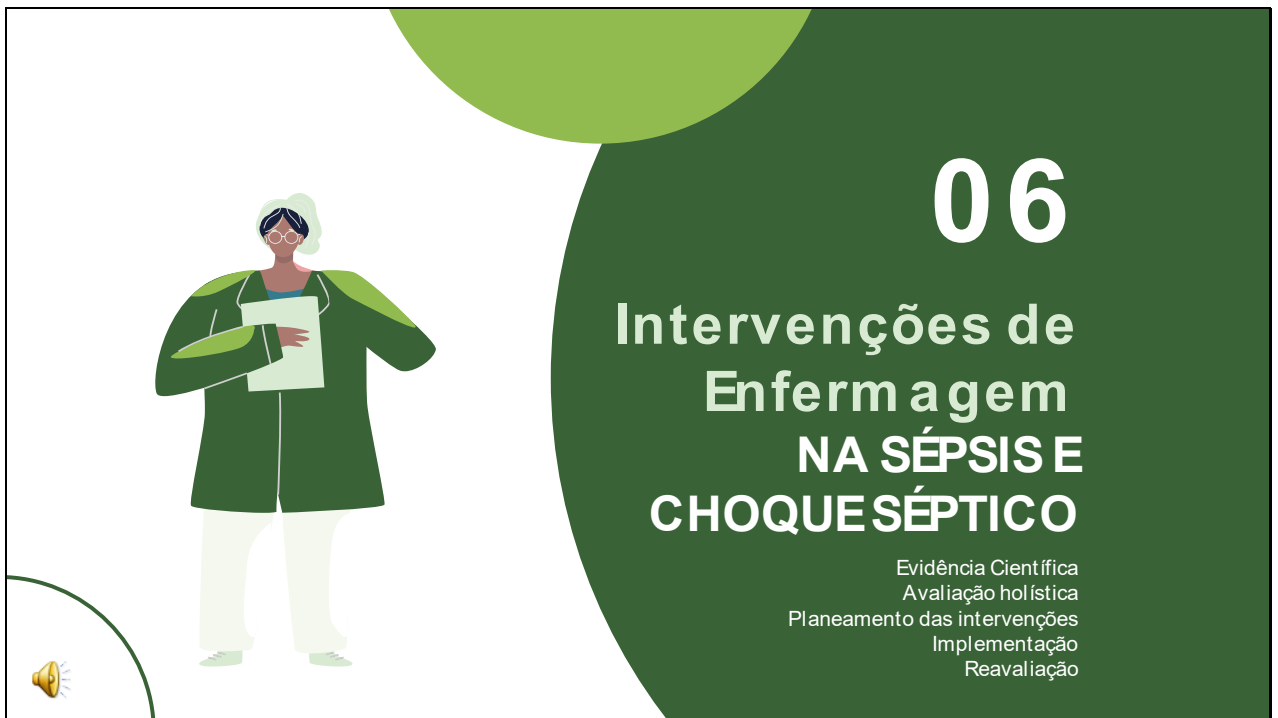
Administração de **Vassopressores – Aminas** em doentes que mantenham hipotensão após a ressuscitação com fluidos, com o objetivo de manter uma PAM \geq 65 mmHg.

- A restauração da pressão de perfusão adequada aos órgãos vitais é parte fundamental da ressuscitação e nunca deve ser atrasada ou protelada.



Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 37



06

Intervenções de Enfermagem NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO

Evidência Científica
Avaliação holística
Planeamento das intervenções
Implementação
Reavaliação

Diapositivo 38

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO

Para um prestação de cuidados adequada, atempada e de qualidade é fundamental que as intervenções tenham por base:

- 1. Evidência científica:** Conhecimento da Sepsis, das diretrizes, *bundles* e protocolos
- 2. Avaliação:** Reconhecimento/identificação precoce da Sepsis/Choque Séptico
- 3. Planeamento de intervenções:** Independentes e interdependentes
- 4. Implementação das intervenções planeadas:** Estabelecimento de prioridades de acordo com as diretrizes para o tratamento da Sepsis e Choque Séptico e com base na situação clínica de cada doente
- 5. Reavaliação e monitorização permanente:** Através de uma abordagem holística permanente e pormenorizada, com foco para a resposta às intervenções realizadas e sinais de deterioração clínica

Levy, Evans & Rhodes (2018)

Diapositivo 39

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO base na evidencia científica

O enfermeiro deve possuir um conhecimento aprofundado sobre a Sepsis, Choque Séptico, sinais e sintomas, onde se devem incluir também conhecimentos sobre a mais recente evidência científica no seu tratamento (*Guidelines e bundles* da SSC e protocolos institucionais)

O conhecimento e empoderamento dos enfermeiros promovem a cooperação interdisciplinar, a implementação eficaz e correta das *bundles* da sepsis, aumentando a eficiência e qualidade dos cuidados, a satisfação dos enfermeiros, contribuindo para a redução de erros.

Liu, et al (2021)

Diapositivo 40

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO Avaliação holística da pessoa

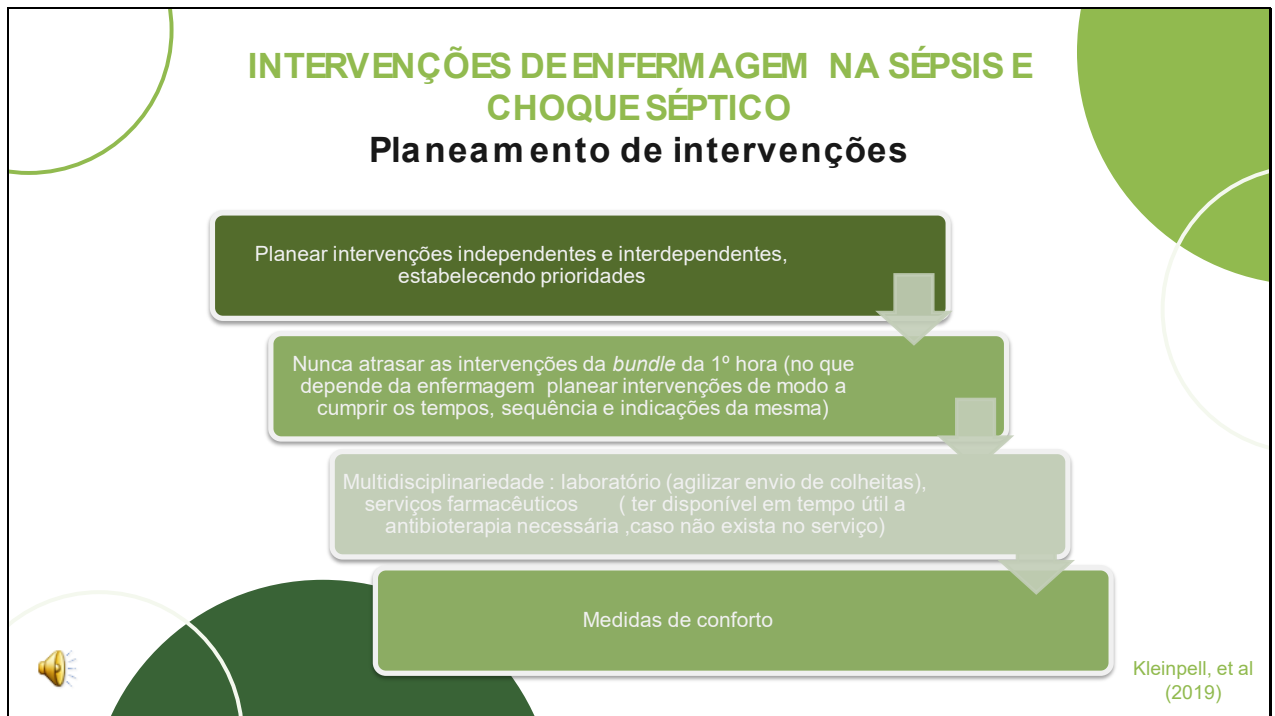
Reconhecimento e identificação precoce de sinais e sintomas suspeitos de Sepsis e Choque Séptico, bem como de sinais de deterioração clínica de doentes já com diagnóstico

É fundamental o papel do enfermeiro, pois é o profissional que está em todo o momento com o doente e por isso mais capaz de detetar alterações e sinais de alerta precocemente

Um dos primeiros focos da intervenção do enfermeiro é a identificação precoce da Sepsis e consequente início imediato do tratamento, na medida em que os estudos indicam um aumento considerável da mortalidade quando a deteção e tratamento são iniciados numa fase mais tardia, já de progressão para falência orgânica e Choque Séptico. A monitorização de sinais vitais é o primeiro passo para a deteção precoce da Sepsis.

Neto, et al (2019)
Kleinpell, et al (2019)

Diapositivo 41



Diapositivo 42

- ### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO
- #### Implementação das intervenções planeadas
1. Implementação das intervenções da **bundle da 1ª hora**
 1. Avaliação de lactatos
 2. Colheita de hemoculturas
 3. Administração de antibióticos
 4. Ressuscitação com fluidoterapia
 5. Administração de vassopressores (quando for necessário)
 2. Avaliação e manutenção dos níveis de **glicemia** < 180 mmHg (com base no protocolo de perfusão de insulina do serviço)
 3. Colaborar na identificação e medidas para tratamento do **foco de infeção** (colheita de outro tipo de culturas, preparação do doente para ir ao BO)
 4. Avaliação da **dor** de acordo com o estado clínico do doente, caso esteja presente intervindo para alívio da mesma
 5. Promover o **conforto** do doente
 6. Prestar cuidados **centrados no doente e na família**
 7. Respeito permanente pelas medidas de **prevenção e controlo de infeção**
- Kleinpell, et al (2019)
Liu, et al (2021)

Diapositivo 43

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SÉPSIS E CHOQUE SÉPTICO

Reavaliação e monitorização permanente

No que se refere às possíveis alterações hemodinâmicas e resposta do doente aos tratamentos efetuados, é de ressaltar a importância do papel do enfermeiro na permanente avaliação e reavaliação do doente como forma de identificar e comunicar precocemente possíveis alterações que indiquem deterioração do estado clínico do doente e/ou o não atingir de metas preconizadas, a fim de se intervir da forma mais atempada e adequada possível.

Com foco na elevação da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial (PAM deve ser $\geq 65\text{mmHg}$), alteração da PVC, descida da saturação periférica de oxigénio, aumento frequência e disfunção respiratória, alteração da temperatura corporal ($> 38\text{ }^\circ\text{C}$ ou $<35\text{ }^\circ\text{C}$), diminuição do débito urinário, alteração do estado de consciência e sinais de hipoperfusão tecidual.

Neto, et al (2019)



Diapositivo 44


07

Conclusões




Diapositivo 45

Conclusões



Existe ainda uma lacuna na implementação efetiva destas diretrizes e *bundles*, principalmente no que se refere ao cumprimento dos tempos de intervenção preconizados após o diagnóstico de sepsis. A criação de protocolos institucionais baseadas nas recomendações da SSC promove uma melhor e maior adesão às mesmas





Liu, *et al* (2021)

Diapositivo 46

Conclusões

É de salientar que depende em grande parte do enfermeiro a realização das intervenções preconizadas para o tratamento do doente em sepsis, sendo fundamental o seu papel para que as ações sejam implementadas na sequência correta e no tempo preconizado pelas diretrizes da SSC, proporcionando assim uma prestação de cuidados atempada e adequada que terá efeitos significativos na melhoria do prognóstico destes doentes



Neto, *et al* (2019)

Diapositivo 47

Conclusões

Nos **Cuidados intensivos**, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que está mais próximo do doente em todos os momentos, é fundamental que o mesmo tenha **capacidade para planejar, coordenar e implementar** ações que promovam uma avaliação criteriosa do doente no sentido de:

- identificar precocemente sinais e sintomas de sepsis e disfunção orgânica e discuti-las com a equipa médica
- com o objetivo de proporcionar o tratamento mais atempado e adequado, baseado principalmente na diretrizes da SSC.

Desta forma o enfermeiro contribuirá de forma ativa e relevante para um melhoria da prestação de cuidados e conseqüentemente de melhor prognóstico dos doentes com Sepsis.

Neto, *et al* (2019)

Diapositivo 48

Conclusões

É fundamental que toda a avaliação do doente seja feita de forma criteriosa, contínua e permanente e que o enfermeiro, como elo de ligação entre o doente e os restantes elementos da equipa multidisciplinar (particularmente o clinico responsável pelo doente) faça a comunicação imediata das alterações detetadas, promovendo a discussão interdisciplinar e a implementação de medidas de acordo com o estado clínico do doente o mais precocemente possível.

Diapositivo 49



Obrigada!

Caso necessitem de algum esclarecimentos adicional, estou inteiramente disponível através do mail:
mariacidalbino@gmail.com

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, infographics & images by **Freepik** and illustrations by **Stories**



Diapositivo 50



POR FAVOR PREENCHAM O FORMULÁRIO ENVIADO NO MAIL ou através do link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSePLZpJNk7Upr8mw6C36NzVLxsLAphoFDzryyqcZrDxsQ3lw/viewform?usp=sf_link
OBRIGADA!



Diapositivo 51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonelli, M. (2018, janeiro). *Overview of the Surviving Sepsis Campaign*. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. Disponível em: https://www.who.int/service_delivery_safety_areas/sepsis_meeting_report-2018.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Circular Normativa N.º 01/DQS/DQCO: Criação e Implementação da Via Verde Sepsis (VVS). Lisboa.
- DGS (2017). *Via Verde Sepsis no Adulto*. Circular Normativa N.º 10/2016, Lisboa. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Kleinpell, R., Blot, S., Boulanger, C., Blackwood, B. (2019, setembro). International critical care nursing considerations and quality indicators for the 2016 surviving sepsis campaign guidelines. *Intensive Care Med.* 45. 1663-1666. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05780-1>
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K.E., Light, B., Parrillo, J.E., Sharma, S., ... Cheang, M. (2009). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med.* 34(6). 1589-1596. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>
- Levy, M., Evans, L. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Critical Care Medicine.* 44. 925-928. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Liu, C., Wang, X., Zhang, K., Hao, G., Han, W., Tian, Y., Ge, L., Shen, L. (2021). Study on clinical nursing pathway to promote the effective implementation of sepsis bundle in septic shock. *European Journal of Medical Research.* 26:68. 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00540-8>
- Neto, J., Almeida, A., Silva, L., Viana, R., Nóbrega, M. (2019). Paciente grave com sepse: concepções e atitudes de enfermeiros intensivistas. *Enfermagem Brasil.* 18(5). 650-657. Doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2757>

Diapositivo 52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017). *Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis*. Relatório da Secretaria. Organização Mundial de Saúde
- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J., Sprung, C., Nunnally, M., Rochwerg, B., Rubenfeld, G., Angus, D., Annane, D., Beale, R., Bellinhan, G., Bernard, G., Chiche, J., Coopersmith, C., ... Dellinger, P. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 43. 304-377. Doi: DOI 10.1007/s00134-017-4683-6
- Rudd, K., Johnson, S., Agesa, K., Shackelford, K., Tsoi, D., Kievlan, D., Colombara, D., Ikuta, K., Kisssoon, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F., Reinhart, K., Rowan, K., Seymour, C., Watson, R., West, T., Marinho, F., Hay, S., Lozano, R., ... Naghavi, M. (2020, janeiro). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 395. 200-211. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M. & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA: Journal of the American Medical Association.* 315(8). 801-810. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

APÊNDICE VI – Avaliação da Sessão de Formação e Conhecimentos

Avaliação da Sessão de formação

A Pessoa em Situação Crítica com Sepsis

*Obrigatório

Idade *

Avaliação da sessão de formação *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1-Muito Bom	2- Bom	3- Razoável	4-Mau	5-Muito Mau
Pertinência do tema abordado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza na definição dos objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilidade do tema na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível de transmissão de conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação da metodologia de apresentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível de aquisição de conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfação do público alvo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempenho da formadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A Pessoa em Situação Crítica com Sepsis

Avaliação de Conhecimentos

1. Tem existido um aumento da incidência da Sepsis?

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
-

Falso

2. A alteração da temperatura é um dos sintomas apresentados pelos doentes com Sépsis?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, Temperatura >38 °C
- Sim, Temperatura <35 °C ou >38 °C

3. Dos seguintes sintomas qual é considerado Critério de Gravidade em doentes com Sépsis?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Taquicardia
- Hipotensão
- FR > 22cpm

4. A adesão às diretrizes da "Surviving Sépsis Campaign" está associada uma diminuição da mortalidade em doentes com Sépsis?

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

5. A administração precoce da antibioterapia é primordial no tratamento dos doentes com Sépsis?

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

6. A colheita de Hemoculturas deve ser realizada, sempre que possível, antes do início da antibioterapia?

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

7. A administração de Endovenosa de Fluídos Cristaloides está contemplada da Bundle da 1ª hora?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, só na presença de Hipotensão
- Sim, na presença de Hipotensão e/ou valores de Lactato superiores a 4 mmol/l

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXOS

ANEXO I – Certificado Curso de Sepsis 2021



ANEXO II – C19_Space Course for Nurses_Certificate C19_SPACE Self-Learning



Funded by the
European Union



The Intensive Connection

C19 SPACE

COVID-19 Skills Preparation Course

Certificate of attendance

C19_SPACE Self-Learning

has been accredited by **EBAC Medicine** (European Board for Accreditation in Cardiology) for inter-professional Continuing Education

for a maximum of **16** European CE credits

Maria Salter Albino Portugal

has been awarded **16** European CME Credits

for his/her completion of the C19_SPACE self-learning programme

November - December 2020

ESICM President
Jozef KESECIOGLU, MD, PhD
University Medical Center, Utrecht
The Netherlands

C19_SPACE Programme Director
Maurizio CECCONI, MD, FRCA, FICM
IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Milan
Italy
ESICM President-Elect

Jb9vLkS7b

ANEXO III – C19_Space Course for Nurses_Certificate C19_SPACE local training



Funded by the
European Union



The Intensive Connection

C19 SPACE

COVID-19 Skills Preparation Course

Certificate of attendance

C19_SPACE Local Training

has been accredited by **EBAC Medicine** (European Board for Accreditation in Cardiology) for inter-professional Continuing Education

for a maximum of **8** European CE credits

Maria Salter Albino

Portugal

has been awarded **8** European CME Credits

for his/her completion of the C19_SPACE local training programme

November - December 2020

ESICM President
Jozef KESECIOGLU, MD, PhD
University Medical Center, Utrecht
The Netherlands

C19_SPACE Programme Director
Maurizio CECCONI, MD, FRCA, FICM
IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Milan
Italy
ESICM President-Elect

4LopcwUP9Z

ANEXO IV – C19_Space Course for Nurses_Certificate of Achievement



ANEXO V – ASCI – VI Simpósio de Enfermagem

VI Simpósio de enfermagem

Ontem - Hoje - e... Amanha

ASCI

14 de junho de 2021 10 Temas 1 Simpósio Online

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Maria Cid**, participou no **VI Simpósio de enfermagem 2021**, realizado Online, no dia 14 de junho de 2021. (Duração:12horas)



c0c7c76d30bd3dcaefc96f4027b9c0411f81e


José António Pinho


Acácio Bernardino

ORGANIZAÇÃO:



Associação de Apoio ao
Serviço e Cuidados Intensivos do
Centro Hospitalar do Porto
www.asci.org.pt

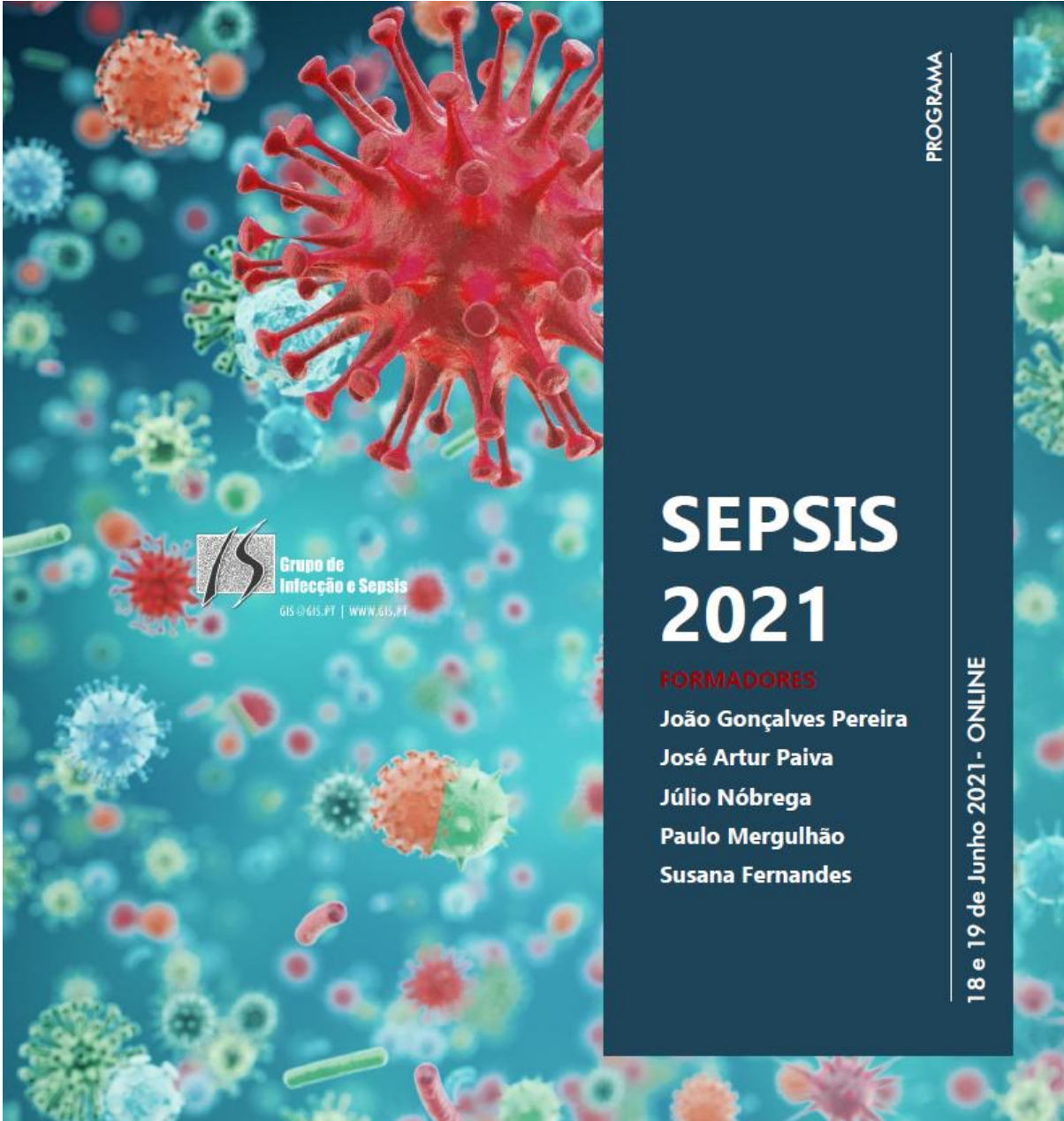
COLABORAÇÃO:



ANEXO VI – Certificado Curso Sepsis 2021



ANEXO VII – Programa Curso Sepsis – Junho 2021



IS Grupo de
Infecção e Sepsis
GIS © GIS.PT | WWW.GIS.PT

SEPSIS 2021

FORMADORES
João Gonçalves Pereira
José Artur Paiva
Júlio Nóbrega
Paulo Mergulhão
Susana Fernandes

PROGRAMA

18 e 19 de Junho 2021 - ONLINE

A sepsis e o choque séptico são um grave problema de saúde pública, constituindo uma das principais causas globais de morbimortalidade, comparável ao acidente vascular cerebral (AVC) e ao enfarte agudo do miocárdio (EAM). A eficácia da terapêutica depende da rapidez da sua instituição pelo que o diagnóstico atempado e a implementação de protocolos terapêuticos adequados são fundamentais.

Reconhecendo a necessidade da abordagem precoce e sistematizada deste grupo de doentes, o Grupo de Infecção e Sepsis criou o curso Infecção e Sepsis que contou com várias edições até 2014 e que entretanto foi integralmente revisto e relançado em 2018 sob o título "SEPSIS 2018".

Este curso tem como objectivo primordial a revisão e actualização de competências no diagnóstico e optimização terapêutica dos doentes com sepsis.

O curso é constituído por palestras temáticas com revisão de conceitos fundamentais de identificação e tratamento destes doentes e por casos clínicos interactivos com o intuito de permitir a discussão directa com diversos especialistas nacionais com amplo reconhecimento na matéria.

O GIS agradece o vosso interesse nesta temática e espera que tenham o máximo proveito do curso.

18 de Junho

14:00 Introdução

14:15 Sepsis: Definições e conceitos fundamentais

15:00 Casos clínicos

16:00 Coffee-break

16:15 Casos clínicos

18:15 Coffee-break

18:30 Antibióticos: princípios fundamentais

19:30 Dúvidas | Mensagens do dia

19 de Junho

09:00 Fluidos e vasopressores

10:00 MODS: controvérsias e perspectivas futuras

11:00 Coffee-break

11:15 Casos clínicos

13:15 Almoço

14:30 Casos clínicos

15:30 Casos clínicos partilhados

16:30 Coffee-break

16:45 Sumário / Dúvidas

17:00 Avaliação

18:00 Encerramento

ANEXO VIII – Certificado Estágio Observação CDOS



AUTORIDADE NACIONAL
DE EMERGÊNCIA E PROTEÇÃO CIVIL

Comando Distrital de Operações de Socorro de Beja

Certificado



Certifica-se que **Maria Salter Albino**, Enfermeira, frequentou estágio de observação no CDOS de Beja, no âmbito do Mestrado em Enfermagem - A Pessoa em Situação Crítica, resposta à competência de catástrofe e emergência, no dia 01 de Setembro de 2021.



Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações	Horas
Estágio de Observação no Comando Distrital de Operações de Beja	10



25 de Outubro de 2021

O Comandante Operacional Distrital

Carlos Alberto Elvira Pica
Comandante Operacional
Distrital de Beja
Carlos Alberto Elvira Pica