

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

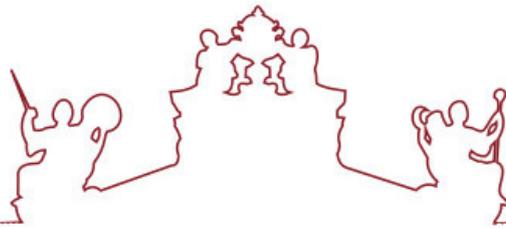
Relatório de Estágio

Impacto da obstipação no doente crítico

Ana Filipa Abreu Silva

Orientador(es) | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

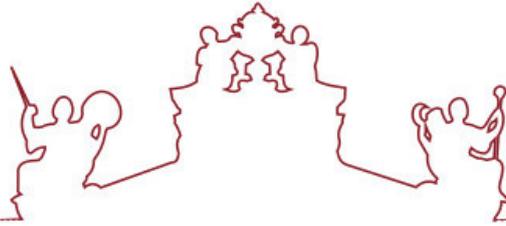
Relatório de Estágio

Impacto da obstipação no doente crítico

Ana Filipa Abreu Silva

Orientador(es) | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco) (Orientador)

A princípio é simples, anda-se sozinho
Passa-se nas ruas bem devagarinho
Está-se bem no silêncio e no burburinho
Bebe-se as certezas num copo de vinho
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida

Pouco a pouco o passo faz-se vagabundo
Dá-se a volta ao medo, dá-se a volta ao mundo
Diz-se do passado, que está moribundo
Bebe-se o alento num copo sem fundo
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida

E é então que amigos nos oferecem leite
Entra-se cansado e sai-se refeito
Luta-se por tudo o que se leva a peito
Bebe-se, come-se e alguém nos diz: Bom proveito
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida

Depois vêm cansaços e o corpo fraqueja
Olha-se para dentro e já pouco sobeja
Pede-se o descanso, por curto que seja
Apagam-se dúvidas num mar de cerveja
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida

Enfim duma escolha faz-se um desafio
Enfrenta-se a vida de fio a pavio
Navega-se sem mar, sem vela ou navio
Bebe-se a coragem até dum copo vazio
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida

(...)

Sérgio Godinho

IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

RESUMO

Enquadramento: o presente relatório marca o fim de um percurso académico, e o desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional no âmbito do impacto da obstipação no doente crítico, desenvolvido no estágio final.

Objetivo: refletir criticamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem.

Metodologia: foi utilizado um método descritivo, com recurso à metodologia projeto e enquadrada na teoria do défice de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem.

Resultados: no estágio foi desenvolvido um conjunto de intervenções e mobilização de conhecimentos que culminaram no desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC-PSC e mestre em enfermagem.

Conclusão: no desenvolvimento do projeto observou-se que a obstipação apresenta elevada incidência no doente crítico e com impacto negativo, pelo que o enfermeiro enquanto profissional de proximidade assume um papel preponderante na deteção precoce da obstipação e na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Obstipação; Cuidados Intensivos.

IMPACT OF CONSTIPATION IN THE CRITICALLY ILL PATIENT

ABSTRACT

Framework: this report marks the end of an academic career, and the development of a professional intervention project in the context of the impact of constipation on the critical patient, developed in the final stage.

Objective: to critically reflect the development of the common and specific competencies of the EMC-PSC specialist nurse and nursing master.

Methodology: a descriptive method was used, using the project methodology and framed in the theory of nursing self-care deficit of Dorothea Orem.

Results: in the internship, a set of interventions and mobilization of knowledge was developed that culminated in the development of inherent competencies of the EMC-PSC specialist nurse and master's in nursing.

Conclusion: in the development of the project, it was observed that constipation has a high incidence in the critical patient and with negative impact, so that the nurse as a close professional takes a leading role in the early detection of constipation and in the management of pharmacological and non-pharmacological measures.

Keyword: Medical-Surgical Nursing; Constipation; Intensive Care.

AGRADECIMENTO

Agradeço toda a disponibilidade, apoio, motivação e orientação disponibilizado pela professora doutora Paula Sapeta.

A toda a equipa multidisciplinar da unidade onde decorreu o estudo, em particular ao enfermeiro gestor e enfermeira J.S. fica o meu apreço pelos momentos de aprendizagem e reflexão proporcionados.

Pelo apoio incondicional, palavra amiga e ombro disponibilizado, agradeço a toda a família e amigos, estando completamente grata a todos eles.

Ao meu namorado, pelo seu amor incondicional, e paciência para me ouvir, face às lamúrias proferidas nos dias mais difíceis, bem como à minha ausência durante este período de aprendizagem.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	18
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	21
1.1. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM - TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM	22
1.1.1. Teoria do autocuidado.....	23
1.1.2. Teoria do défice do autocuidado	25
1.1.3. Teoria dos sistemas de enfermagem.....	25
1.2. OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO.....	27
1.2.1. Diagnóstico de obstipação	31
1.2.2. Tratamento de quadros de obstipação	33
1.2.2.1. Tratamento não farmacológico.....	33
1.2.2.2. Tratamento farmacológico	35
2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	40
2.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL	40
2.1.1. Caracterização da unidade cuidados intensivos polivalente	42
2.2. ANÁLISE DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO GCL-PPCIRA E NO SCE.....	46
2.2.1. GCL-PPCIRA	46

2.2.2. Serviço central de esterilização.....	49
2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DESENVOLVIDO DURANTE O ESTÁGIO FINAL	51
2.3.1. Problemática: obstipação no doente crítico.....	53
2.3.2. Impacto da obstipação no doente crítico: scoping review	61
2.3.3. Estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação nos doentes internados numa UCI	63
2.3.4. Formação em serviço sobre o impacto da obstipação no doente crítico.....	66
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	71
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	72
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	85
CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice I: consentimento informado	CXIX
Apêndice II: questionário aplicado aos enfermeiros da UCIP 2	CXX
Apêndice III: resumo do artigo submetido para publicação na revista RIASE.....	CXXII
Apêndice IV: impresso de colheita de dados	CXXIII
Apêndice V: resumo do artigo submetido para publicação na revista referência	CXXIV
Apêndice VI: póster “estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação numa UCI”	CXXV
Apêndice VII: plano pedagógico da sessão de formação	CXXVI
Apêndice VIII: cartaz de divulgação da sessão de formação	CXXVIII
Apêndice IX: questionário de avaliação da sessão de formação	CXXIX

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo I: autorização pelo comité de ética e pelo conselho de administração	CXXXII
Anexo II: certificado de apresentação de póster no V congresso internacional de enfermagem médico-cirúrgica.....	CXXXIII
Anexo III: certificado de realização de formação sobre o impacto da obstipação no doente crítico	CXXXIV
Anexo IV: certificação de presença nas várias ações de formação em serviço realizadas na UCIP 2	CXXXV
Anexo V: certificado de participação no congresso internacional literacias no século XXI	CXXXVIII
Anexo VI: certificado de participação na 12ª reunião nacional de unidades de AVC	CXXXIX
Anexo VII: certificado de formação “dor crónica”	CXL
Anexo VIII: certificado curso <i>Medical Response to Major Incidents</i>	CXLI
Anexo IX: certificado do curso de triagem de manchester	CXLIII

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: teoria de enfermagem do défice do autocuidado	23
Figura 2: escala de fezes de Bristol	31

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: análise SWOT	59

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: etiologia da obstipação	29
Tabela 2: laxantes - ação e princípio ativo	36
Tabela 3: conhecimento sobre o impacto da obstipação no doente crítico	58
Tabela 4: resultados da avaliação da sessão de formação – conhecimentos	69
Tabela 5: resultados da avaliação da sessão de formação – avaliação da sessão e formador	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: experiência profissional dos enfermeiros respondentes.....	57
Gráfico 2: título de especialidade.....	58

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

μ – média

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AGA – *American Gastroenterological Association*

APACHE – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method - in ICU*

CH – Centro Hospitalar

CVC – Cateter Venoso Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

eCASH – *early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care.*

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemes

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GCR-PPCIRA – Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – Concelho Internacional de Enfermeiros

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

l/min – Litros por minuto

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

MPM – *Mortality Prediction Model*

MRSA – *Saphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

MS – Ministério da Saúde

n – Número de casos referentes à amostra

nº – número

º c – grau Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p – Nível significância.

p. – página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infeção

PICCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PICO – População, Intervenção, Comparação e *Outcome*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

Q – Quartil

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

Rho – Spearman ρ

RIASE – Revista Ibero-Americana da Saúde e Envelhecimento

SAPS – *Simplified Acute Physiology Score*

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

SCE – Serviço Central de Esterilização

SMART – *Smart, Mensurável, Apropriado, Relevante, Tempo limitado*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPMS EPE – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCSR – Terapia Contínua de Substituição Renal

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TOF – *Train-of-four*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidado Intensivos Polivalente

UE – Universidade de Évora

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WGO – *World Gastroenterology Organization*

σ – Desvio padrão

Φ – Coeficiente de associação *phi*

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, integrada no 5º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora (UE), é esperado, segundo o planeamento da unidade curricular, que o estudante “revele a apropriação das competências propostas e a conseqüente prova de que estão em processo de desenvolvimento”, devendo mobilizar para a prática clínica, todo o conhecimento adquirido ao longo do primeiro e segundo semestre do mestrado.

Conforme o planeamento do mestrado, é previsto a realização de dois estágios, um em serviço de urgência e emergência e outro numa unidade de cuidados intensivos. Devido à minha experiência profissional de 12 anos num serviço de urgência médico-cirúrgica, o respetivo estágio foi creditado. Desta forma, o presente relatório, irá refletir as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio final desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) no sul do país, bem como atividades desenvolvidas no âmbito da atividade profissional.

A pedido do estudante e face à limitação de vagas de campos de estágios, o estágio final decorreu antecipadamente e em apenas 15 semanas, mantendo a carga horária total. Tendo a supervisão clínica do estágio ficado à responsabilidade de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), auxiliado pela colaboração de toda a equipa multidisciplinar. Com o intuito de enriquecer o estágio e promover a aquisição de competências, foi ainda realizado estágio de observação no grupo coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e no serviço central de esterilização (SCE).

De acordo com o planeamento cedido pelo corpo docente, a avaliação do estágio final tem em consideração duas componentes. A primeira corresponde a uma competência clínica alusiva ao desempenho demonstrado em estágio no que se refere ao desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem e às competências comuns ao enfermeiro especialista e às específicas do enfermeiro¹ especialista em EMC, no âmbito da pessoa em situação crítica (PSC). Ao passo que a segunda se refere a uma competência de investigação, devendo ser elaborado um artigo científico, em resultado de um projeto de intervenção em serviço a ser desenvolvido durante o tempo de estágio.

¹ Enfermeiro: compreende enfermeiro e enfermeira.

O projeto de intervenção profissional foi desenvolvido no âmbito do impacto da obstipação no doente crítico. A escolha do tema surge na sequência de um conjunto fatores, incluindo o interesse pessoal nesta área, contacto com a equipa multidisciplinar, reunião informal com o enfermeiro orientador e gestor da unidade onde decorreu o estágio, reunião informal com os enfermeiros de referência, inexistência de um protocolo no âmbito da prevenção e resolução de quadros de obstipação e a falta de dados estatísticos sobre a incidência de obstipação nos doentes internados na unidade, apesar de ser registado o padrão de eliminação.

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, a pessoa e a sua família, são o alvo dos cuidados dos enfermeiros. Porém, foi utilizado a expressão de doente, nomeadamente doente crítico em substituição de pessoa em situação crítica, durante a elaboração do presente relatório, por ser a designação em uso no centro hospitalar (CH) onde se desenvolveu o estágio.

Os distúrbios intestinais funcionais apresentam grande prevalência a nível mundial, independentemente da idade, género, raça, crenças ou nível socioeconómico, com grande impacto negativo no âmbito económico e na redução da qualidade de vida da pessoa (Lacy et al., 2016). A obstipação é um dos problemas frequentes que ocorre no doente crítico (Fukuda et al., 2016; Hay et al., 2019), apresentando uma incidência de 20% a 83% (Hay et al., 2019). Contudo, esta alteração não tem sido uma prioridade no tratamento do doente crítico, apesar de ser um problema comumente encontrado e com várias complicações associadas (Guerra et al., 2015).

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde, aos quais lhe foi reconhecido competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, quer seja ao doente, como à sua família. Os cuidados de enfermagem entre muitos aspetos, e de acordo com o grau de dependência do doente, deve fazer substituir ou complementar a sua competência funcional dependendo se o doente se encontra totalmente ou parcialmente incapacitado, respetivamente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a).

A elaboração do presente relatório, sob orientação pedagógica da professora doutora Paula Sapeta, pretende refletir criticamente o desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem, bem como as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC. Tendo sido definido como objetivos específicos:

- Desenvolver uma teoria de enfermagem adequada ao projeto de intervenção profissional;

- Realizar a conceptualização teórica sobre a obstipação no doente crítico;
- Descrever o local de estágio;
- Descrever as várias fases do projeto de intervenção profissional;
- Descrever o estudo retrospectivo observacional desenvolvido na unidade de cuidados intensivos (UCI) onde decorreu o estágio final;
- Refletir criticamente sobre a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem.

Assim, será apresentado primeiramente a conceptualização teórica da teoria de enfermagem do défice do autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem, bem como o problema da obstipação e o seu impacto no doente crítico, seguido do capítulo dois onde é desenvolvido o projeto de intervenção profissional baseado na metodologia projeto e desenvolvido durante o estágio final.

Este projeto consiste na identificação de um problema real (obstipação no doente crítico), definição de um conjunto de objetivos, no planeamento e execução de um conjunto de intervenções baseadas em evidência científica, que visam a resolução do problema identificado e por fim deverá sofrer uma avaliação para verificação do cumprimento dos objetivos e a devida divulgação.

No capítulo três serão abordadas as intervenções realizadas para desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista e de mestre em EMC, e por último serão tecidas as conclusões do relatório.

Na realização do relatório, foi garantido o anonimato da instituição, serviços e pessoas, tendo sido utilizado apenas siglas. É ainda de referir que o presente trabalho foi redigido conforme o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e formatado em concordância com as linhas orientadoras emanadas na minuta de formatação de relatório pela UE. As referências bibliográficas (citações, fontes e bibliografia) foram realizadas tendo por base a sétima edição das normas da *American Psychological Association*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O doente crítico é aquele em que a sua condição de vida está potencialmente ou realmente ameaçada, na sequência de falência de uma ou mais funções vitais, necessitando de vigilância, monitorização e medidas terapêuticas avançadas. Os cuidados de enfermagem especializados são diferenciados e prestados continuamente com o intuito de manter a vida do doente, prevenir complicações, limitar eventuais incapacidades e recuperar totalmente o doente (Regulamento n.º 429/2018 - Diário da República N.º 135/2018, série II de 16 de julho de 2018).

O enfermeiro especialista é aquele a quem foi atribuído um título pela OE e lhe são reconhecidas um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, importantes à prestação de cuidados especializados na área de especialização em que se formou (Regulamento n.º 140/2019 - Diário da República N.º 26/2019, série II de 6 fevereiro de 2019).

O enfermeiro especialista, na área de EMC-PSC, é considerado um elemento importante na resposta às necessidades identificadas à pessoa em falência orgânica, guiado pela excelência de cuidados. Desta forma, deve o enfermeiro especialista procurar a satisfação do doente, promover a saúde, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e o autocuidado, desenvolver processos de readaptação funcional, garantir a máxima eficácia dos cuidados de enfermagem e prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados (OE, 2017).

Face ao exposto, foi utilizada a teoria de Dorothea Orem, teoria do défice de autocuidado de enfermagem, para sustentar o projeto de intervenção profissional. Orem reconhece a enfermagem enquanto serviço de saúde organizado e com características próprias, que determinam a relação de ajuda entre os que precisam e os que prestam cuidados. Enquanto serviço de saúde, a enfermagem permite a prestação de cuidados às pessoas, adaptados às suas necessidades e limitações (Berbiglia & Banfield, 2014). Enquanto ciência é detentora de um campo de conhecimento e de um campo prático, a enfermagem deve ser organizada e estruturada, com conhecimentos próprios (Berbiglia & Banfield, 2014).

1.1. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM - TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM

A teoria de enfermagem do défice do autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem está relacionada com fundamentos da filosofia do realismo moderado, tendo em consideração que a pessoa é detentora de características únicas e individuais, refletindo-a enquanto agente ativo (Berbiglia & Banfield, 2014). Apesar da teórica ter manifestado interesse na teoria do sistema de Bertalanfy e na organização da ação social de Parsons, esta negou a ligação de uma teoria filosófica em particular na génese da teoria do défice do autocuidado (McEwen & Wills, 2014).

Orem valida a intervenção de enfermagem num adulto, quando este é incapaz de manter o seu autocuidado de qualidade e ininterruptamente, sendo importante para a manutenção da vida, bem-estar, saúde e recuperação da doença (George & colaboradores, 2000), podendo ser aplicado em todos os contextos práticos (Berbiglia & Banfield, 2014).

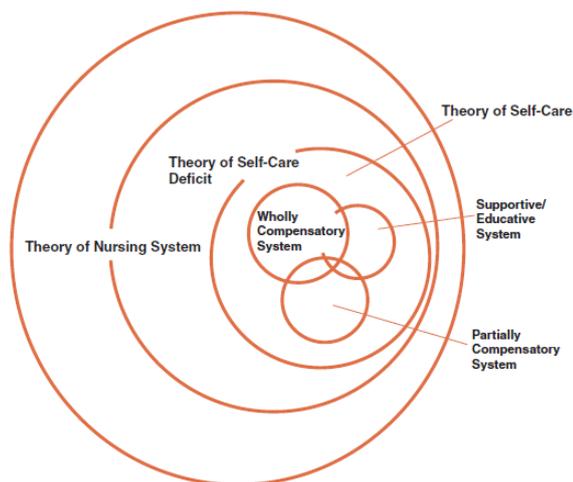
Orem definiu os conceitos metaparadigmáticos segundo a sua teoria: (1) a enfermagem como sendo a arte através do qual o enfermeiro promove o autocuidado e satisfaz as necessidades da pessoa, quando esta é incapaz; (2) pessoa como sendo aquela que individualmente recebe o cuidado, sendo o foco dos enfermeiros; (3) saúde como a capacidade da pessoa refletir sobre si mesma e de experienciar e comunicar com o outro, e por último (4) o ambiente como sendo o meio envolvente que rodeia a pessoa e influencia a forma como a pessoa recebe o autocuidado (McEwen & Wills, 2014).

A teoria de enfermagem do défice de autocuidado é constituída por três teorias interrelacionadas, seis conceitos centrais (autocuidado, ação do autocuidado, défice do autocuidado, serviços de enfermagem, sistemas de enfermagem, autocuidado terapêutico) e um conceito periférico (fatores condicionantes básicos) (George & colaboradores, 2000; Berbiglia & Banfield, 2014; Queirós, 2010).

A teoria geral do défice do autocuidado, integra a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Berbiglia & Banfield, 2014). A teoria do autocuidado descreve a importância e a forma das pessoas cuidarem de si próprias, podendo, contudo, as necessidades de autocuidado serem satisfeitas por familiares e/ou pessoas significativas face à incapacidade da pessoa. A teoria do défice do autocuidado explica a importância dos cuidados prestados por enfermeiros e a teoria dos sistemas de enfermagem explica a forma como a enfermagem satisfaz as necessidades das pessoas (Berbiglia & Banfield, 2014).

As três teorias estão organizadas em caixas, das quais a teoria dos sistemas de enfermagem é a mais abrangente e externa, contendo a teoria do déficit do autocuidado, sendo o autocuidado uma componente desta última (McEwen & Wills, 2014), como pode ser observado na figura 1.

Figura 1: teoria de enfermagem do déficit do autocuidado



Fonte: McEwen & Wills (2014)

1.1.1. Teoria do autocuidado

Autocuidado é entendido por uma ação propositada para garantir a vida e o bem-estar e o desenvolvimento ou preservação da integridade humana (McEwen & Wills, 2014). A capacidade de autocuidado, pressupõe autonomia e adequa-se ao longo do ciclo de vida da pessoa, estando inerente requisitos de três géneros: universais, de desenvolvimento e desvios da saúde (McEwen & Wills, 2014; Queirós, 2010).

Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todas as pessoas e estão relacionados com o funcionamento do corpo humano como seja: a inspiração suficiente de ar; a ingestão suficiente de água e alimentos; a promoção da eliminação; o equilíbrio entre a relação atividade/descanso e solidão/interação social; prevenção de eventos que coloquem em risco a vida e o bem-estar da pessoa e a promoção do desenvolvimento da pessoa integrada numa sociedade, tendo em consideração as suas limitações, potencialidades e desejos (Pearson & Vaughan, 1992).

Relativamente aos requisitos relacionados com o desenvolvimento, estes respeitam as necessidades das pessoas no seu crescimento e desenvolvimento e têm em consideração o estágio do ciclo de vida, ambiente em que a pessoa se encontra ou mudanças na sua vida, como no caso da perda de familiares, saúde, emprego, educação, entre outros (Pearson & Vaughan, 1992; McEwen & Wills, 2014).

Por último, os requisitos de autocuidado por desvios da saúde surgem na sequência do aparecimento de uma doença ou limitações que a própria doença impõe, existindo um desequilíbrio entre as exigências e as capacidades de satisfação das necessidades da pessoa, havendo um défice de autocuidado quando as exigências se sobrepõem às capacidades (Pearson & Vaughan, 1992).

Segundo George e os seus colaboradores (2000), os requisitos de autocuidado por desvio da saúde incluem: a necessidade de assistência médica adequada; ter em consideração o impacto da doença na saúde; executar a prescrição médica no que respeita a medidas de diagnóstico, terapêutica e reabilitação; consciencializar-se dos efeitos secundários do cumprimento da prescrição médica; alteração da autoimagem e aceitação do estado de saúde e dos efeitos condicionantes da doença, diagnóstico ou tratamento no estilo de vida, bem como da necessidades de cuidados de saúde específicos, que garantam o desenvolvimento pessoal continuamente.

O foco no autocuidado incita a pessoa a agir intencionalmente, consciente do seu propósito, estando implícito que é detentora de livre-arbítrio e responsável pelo seu próprio cuidado, sempre que possível (Pearson & Vaughan, 1992; Berbiglia & Banfield, 2014). A capacidade da pessoa em desenvolver o seu autocuidado é denominado por ação do autocuidado, podendo este ser limitado por fatores condicionantes básicos, nomeadamente: idade; género; estado de saúde e/ou desenvolvimento; disponibilidade de recursos; padrão de vida e fatores familiares, socioculturais e ambientais (George & colaboradores, 2000; Berbiglia & Banfield, 2014).

O autocuidado terapêutico, designado em alguma bibliografia por cuidados dependentes ou demanda terapêutica do autocuidado, é entendido pelo conjunto de atividades a serem desempenhadas deliberadamente por outrem, num determinado momento e em condições particulares, em benefício do doente, com o objetivo de suprimir necessidades específicas de autocuidado (George & colaboradores, 2000; Queirós, 2010; Berbiglia & Banfield, 2014).

Num ser humano saudável, deve ser a própria pessoa o agente responsável pelo autocuidado, ao passo que na incapacidade de execução pelo próprio, devido a fatores condicionantes básicos, como

nas crianças, deve o autocuidado ser assegurado pelo progenitor ou pessoa significativa (Pearson & Vaughan, 1992; George & colaboradores, 2000).

1.1.2. Teoria do défice do autocuidado

O défice de autocuidado é o desequilíbrio existente entre as necessidades de autocuidado e a capacidade do próprio ou de outros satisfazerem essas necessidades (Berbiglia & Banfield, 2014). As necessidades do autocuidado podem ser suprimidas por agentes informais ou profissionais (Queirós, 2010). Aquando da incapacidade da própria pessoa ou família/pessoa significativa, deve ser o enfermeiro a colmatar as carências dos cuidados necessários, quer em quantidade, como em qualidade (Pearson & Vaughan, 1992; George & colaboradores, 2000).

O objetivo da enfermagem é minimizar o défice de autocuidado para que o doente consiga cuidar de si próprio; ajudar as pessoas significativas (família/amigos) no desenvolvimento dos cuidados dependentes ou suprimir as necessidades de autocuidado do doente, quando o próprio ou a família/pessoa(s) significativa(s) é/são incapazes de fazê-lo (Pearson & Vaughan, 1992). A ajuda prestada pelos enfermeiros segue um dos seguintes métodos: substituir a pessoa ou orientá-la no seu autocuidado; proporcionar apoio físico e psicológico; promover ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal e promover a formação (George & colaboradores, 2000).

Quer seja por necessidades de autocuidados universais (exemplo: necessidade de cuidados associado à eliminação), de desenvolvimento (exemplo: idoso), quer por desvios da saúde (exemplo: prescrição de medidas não farmacológicas), os enfermeiros são detentores de capacidades e conhecimento que auxiliam as pessoas a suprimir as suas necessidades (George & colaboradores, 2000).

1.1.3. Teoria dos sistemas de enfermagem

Os sistemas de enfermagem são definidos por ações refletidas e desempenhadas pelos enfermeiros, em concordância com as necessidades e ações dos doentes, com o intuito de responder às suas necessidades e promover o desenvolvimento da sua autonomia (Berbiglia & Banfield, 2014).

Os enfermeiros desenvolvem uma relação e determinam a forma de ajuda ao doente/família, respondem às suas necessidades, proporcionam ajuda direta e integram os cuidados de saúde e de enfermagem necessários na vida diária do doente/família (George & colaboradores, 2000). Desta forma, o conceito de autocuidado assume-se como um foco para a ação dos enfermeiros, com o intuito de contribuir na capacitação do doente no seu autocuidado (Queirós et al., 2014).

Para responder ao autocuidado terapêutico, os enfermeiros adquirem conhecimentos, atitudes e competências, que permitem identificar os défices de autocuidado, prescrever os cuidados necessários e prestar cuidados planeados, desenvolvendo um dos métodos de ajuda (George & colaboradores, 2000; Pearson & Vaughan, 1992).

Apesar de similares, as ações de enfermagem diferem do autocuidado, na medida em que estas são desenvolvidas em benefício de outro, ao passo que o autocuidado é desenvolvido em benefício próprio (George & colaboradores, 2000). As ações de enfermagem são desenvolvidas tendo em consideração um dos três sistemas de enfermagem: sistema de enfermagem totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e sistema de enfermagem educativo ou de suporte (Pearson & Vaughan, 1992).

O sistema de enfermagem totalmente compensatório aplica-se quando o enfermeiro substitui totalmente o doente no seu autocuidado face à total incapacidade que este apresenta, quer seja no caso de prescrição médica, incapacidade motora ou cognitiva, como por exemplo no caso do doente crítico sedoanalgesiado, traumatismo vertebro medular ou deficiência mental severa, respetivamente (George & colaboradores, 2000).

No sistema de enfermagem parcialmente compensatório ambos os intervenientes, enfermeiro e doente, apresentam um papel ativo. O enfermeiro apenas assume a responsabilidade de execução do autocuidado, aos quais o doente não consegue satisfazer (Pearson & Vaughan, 1992).

Relativamente ao sistema de enfermagem educativo ou de suporte, o doente é autónomo ou potencialmente autónomo no seu autocuidado, contudo necessita de formação ou apoio. Neste sentido, o enfermeiro assume o papel de orientação e educação, quer seja ao próprio doente, como seja à família/pessoa(s) significativa(s) na prestação de cuidados dependentes (George & colaboradores, 2000).

Todos os sistemas podem ser aplicados a um único doente, dependendo da sua condição e evolução da situação de saúde (Pearson & Vaughan, 1992; George & colaboradores, 2000). Em contexto de doente crítico, a condição do doente está alterada significativamente a vários níveis como seja no seu modo habitual de vida relativamente aos hábitos alimentares, imobilidade ou limitação de acesso à casa de banho, implementação de sedação e/ou analgesia, ventilação mecânica, mobilidade (Prat et al., 2018), sendo a obstipação um problema frequente e com elevada taxa de incidência (Fukuda et al., 2016; Hay et al., 2019).

Quando ponderados os requisitos universais, e face à complexidade do doente crítico, os cuidados associados ao processo de eliminação intestinal podem estar comprometidos. Numa fase inicial, e face às competências a que lhe são reconhecidas, o enfermeiro substitui totalmente o doente nas suas necessidades de autocuidado referentes à eliminação, avaliando o seu padrão de eliminação, gerindo medidas de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e analisando a sua eficácia.

Na altura da recuperação do doente, deve o enfermeiro atuar apenas quando o mesmo não consegue evacuar. Assumindo por último um papel orientador e formativo no que respeita à adesão de medidas não farmacológicas, como farmacológicas prescritas, com o intuito de regular e manter o padrão de eliminação intestinal regulado.

1.2. OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

O aparelho digestivo, em cooperação com o sistema circulatório, tem como principal função a distribuição de nutrientes, água e eletrólitos pelas várias células corporais (Seeley et al., 1997). Este é constituído por um tubo digestivo (o maior órgão digestivo), e pelos órgãos anexos, estendendo-se da boca ao ânus. A parte terminal é constituída pelo intestino grosso que é composto pelo cego, cólon, reto e o canal anal, e tem a função de absorver água e sais, aglomerar todos os alimentos não digeridos em fezes, segregar muco e exibir atividade bacteriana (Seeley et al., 1997; Zhou et al., 2020).

O cólon mede cerca de 1,5 a 1,8 metros de comprimento, sendo revestido por epitélio cilíndrico onde estão adjacentes múltiplas glândulas tubulares retas (Seeley et al., 1997). O trato intestinal está colonizado e exposto a múltiplos microrganismos, nomeadamente *Clostridium*, lactobacilos, *Escherichia coli*, enterococos e pseudomonas, pelo que desenvolveu um conjunto de características imunológicas regionais que diferem das centrais e periféricas comuns, como sejam uma estrutura e

função muito própria e microambiente único (Zhou et al., 2020; Urden et al., 2008). As bactérias anaeróbias são responsáveis pela putrefação dos resíduos e proteínas não digeridas e pela sintetização de “ácido fólico, vitamina K, ácido nicotínico, riboflavina e algumas vitaminas do grupo B e convertem os sais de ureia em sais de amónia e amónia, para absorção na circulação portal” (Urden et al., 2008, p. 869).

O trânsito intestinal no intestino grosso é longo, 18 a 24 horas, diariamente chega ao intestino grosso cerca de 1000-2000 ml de quimo, movimentando-se no cólon por movimentos haustrais, de mistura e peristálticos, que intensificam após as refeições (Seeley et al., 1997; Urden et al., 2008). O quimo será transformado em resíduos, designado por fezes, sendo reabsorvido cerca de 90%, e eliminadas no processo de defecação apenas 80-150ml. A distensão da parede retal atua como estímulo para a sua eliminação, fazendo-se acompanhar normalmente por movimentos voluntários (Seeley et al., 1997).

A obstipação é um dos distúrbios do sistema gastrointestinal, entendida como o movimento lento das fezes no intestino grosso, infrequente, de difícil expulsão das fezes com características duras e secas (Seeley et al., 1997; Thomas, 2000), sendo definida pelo conselho internacional de enfermeiros (ICN) como a “diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas” (ICN, 2021).

Segundo os critérios ROMA IV, são vários os critérios de diagnóstico para obstipação funcional ou secundária a opioides, como seja emissão de menos de três dejeções por semana, associado a sintomas sugestivos de alteração do padrão de eliminação, incluindo: emissão de fezes duras e grumosas, necessidade de extração manual de fezes e sensação de bloqueio anal-retal durante a dejeção (Bharucha & Lacy, 2020), no entanto estes critérios estão direcionados aos doentes de ambulatório (Prat et al., 2018).

Em contexto de doente crítico, a condição do doente está alterada significativamente a vários níveis, sendo consensual nesta situação a designação de obstipação como seja a primeira dejeção compreendida entre o terceiro e o sexto dia após a admissão do doente na UCI (Prat et al., 2018).

A obstipação pode ser primária ou secundária (Sobrado et al., 2018). Na obstipação primária ou também designada por funcional, a causa não pode ser associada à história ou exame clínico, contudo após a realização de exame funcional pode ser categorizada em obstipação de trânsito normal; obstipação de trânsito lento; inércia colónica; obstrução da saída ou disfunção do pavimento pélvico;

e causas combinadas quando existe uma associação entre a disfunção do pavimento pélvico e o trânsito lento (Sobrado et al., 2018). Na obstipação secundária ou orgânica, por sua vez é possível a identificação etiológica associada a uma alteração intestinal ou extraintestinal (Sobrado et al., 2018).

A obstipação pode ter múltiplas causas como sejam fisiológicas, mecânicas, comportamentais, psicológicos, induzidas por medicamentos, alterações nervosas ou metabólicas, como pode ser visualizada esquematicamente na tabela 1.

Tabela 1: etiologia da obstipação

Intestinal / obstrução mecânica	Tumores, diverticulite, estenoses inflamatórias, isquemia, volvo, endometriose, estenoses pós-operatórias, fissura anal, hemorroidas, prolapso retal, proctite ulcerativa, megacólon, retocele grande, proctalgia fugaz.
Comportamental	Contrariar o ato de defecação, permanência prolongada das fezes no cólon, alteração do reflexo defecação, mudança de hábitos alimentares ou diários como em situação de viagem, sedentarismo.
Psicológica	Medo e stresse.
Medicamentos	Opioides, antidepressivos, antidepressivos tricíclicos, antiepiléticos, anti-histamínicos, antiespasmódicos, antipsicóticos, diuréticos, anticolinérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, suplemento de cálcio e ferro, anti-inflamatórios não esteroides, inibidores da monoamino oxidase, antiácidos (contendo alumínio, cálcio), antidiarreicos.
Alterações metabólicas / endócrinas	Desidratação, hipotireoidismo, diabetes <i>mellitus</i> tipo II, hiperparatireoidismo, hipercalcemia, hipocaliemia, hipomagnesemia, hipermagnesemia, uremia e envenenamento por metais pesados, neoplasia endócrina, porfiria, lesão renal.
Neuropatias	Doença cérebro vascular, demência, depressão, lesões medulares ou neoplasia, doença cerebrovascular, esclerose múltipla, neuropatia autonómica, doença de Parkinson, lesão do nervo cólico ou espinal medula.
Miopatias	Amiloidose, dermatomiosite, esclerodermia, esclerose sistémica.
Nutricionais/diatéticos	Dietas, depleção de líquidos, pouca fibra, anorexia, demência, depressão.
Outras Causas	Gravidez, dependência de laxantes, doença cardíaca, doença articular degenerativa, imobilidade.

Fonte: adaptado de Seeley et al. (1997); Thomas (2000); Vincent & Preiser (2015); World Gastroenterology Organization (WGO, 2018); Sobrado et al. (2018).

No âmbito do doente crítico, a obstipação é secundária à imobilidade, desidratação, hipotensão, hipóxia, administração de drogas vasoativas, opioides ou uso inadequado de diuréticos, alterações eletrolíticas, sepsis, lesão medular, doença neuromuscular e administração tardia de nutrição entérica (Guerra et al., 2015; Vincent & Preiser, 2015; Fukuda et al., 2016).

A motilidade intestinal é influenciada pelas vias reflexas do sistema nervoso central, sendo o reto e o esfíncter anal inervados via simpática pelos nervos autonómicos extrínsecos das raízes nervosas lombares, e pela via parassimpática através das raízes nervosas sacrais, existindo assim uma comunicação entre o cérebro e o intestino grosso, em ambos os sentidos e mediando o processamento da informação através da rede densa de neurónios entéricos localizados na parede intestinal. Desta forma, o controlo neurológico do intestino é mediado pela interligação de todos estes mecanismos (Fenton et al., 2019).

A imobilidade prolongada no leito pode originar stresse constante, que por sua vez pode causar a estimulação contínua parassimpática e conseqüentemente, conduzir a alterações do sistema gastrointestinal a vários níveis, como seja na ingestão, digestão e/ou eliminação (MCEER, 2013). O défice nutricional associado à imobilidade prolongada pode conduzir à atrofia dos músculos abdominais e do diafragma e conseqüentemente causar obstipação (MCEER, 2013). A imobilidade conduz a uma redução do peristaltismo, que conseqüentemente pode levar a flatulência, fecalomas, diminuição da velocidade de absorção dos nutrientes e obstipação (MCEER, 2013).

Os opioides apresentam grande afinidade com os recetores *mu*, *delta* e *kappa*, que estão acoplados à proteína G e difundidos pelo sistema gastrointestinal. O recetor *mu* apresenta ação central no intestino, diminuindo a motilidade gástrica, quando estimulado pelos opioides, conseqüentemente dá-se uma estagnação do conteúdo intestinal, promovendo a absorção de água (Lima & Pereira, 2017; Farmer et al., 2019).

Para além da motilidade gástrica, os opioides influenciam quer o esfíncter anal interno através de uma contração aumentada, como a secreção e absorção do sistema gastrointestinal, através de vários mecanismos, nomeadamente ligação dos opioides aos recetores presentes nos neurónios secretomotores da mucosa gastrointestinal, diminuindo a secreção de cloreto e água no lúmen intestinal (Farmer et al., 2019).

Sabe-se que algumas doenças neurológicas podem causar alteração da motilidade gastrointestinal. As principais funções (motora, secretora, sensorial, armazenamento e excretora) do

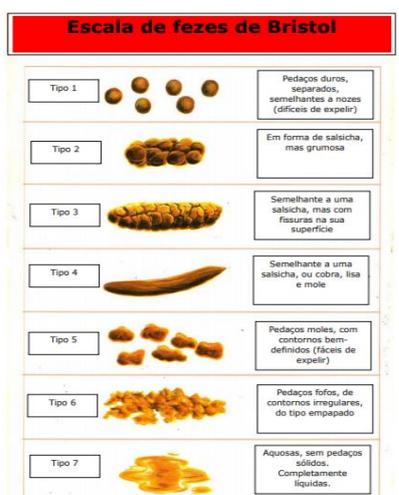
sistema gastrointestinal são controladas pelo sistema nervoso extrínseco e autónomo. As alterações do eixo neural estão compreendidas desde os hemisférios cerebrais aos nervos periféricos autónomos, sendo a função secretora a principal alterada aquando de uma alteração nervosa, podendo manifestar-se por sialorreia, disfagia, obstipação, diarreia ou incontinência fecal (Camilleri, 2021).

1.2.1. Diagnóstico de obstipação

O diagnóstico do quadro de obstipação passa pelo entendimento da anamnese, exame físico incluindo avaliação retal e exames complementares de diagnóstico em caso de ter sido instituído um tratamento inicial que não demonstrou efeito (Vincent & Preiser, 2015; Sobrado et al., 2018). A anamnese e o exame físico devem focar-se nos sintomas que o doente apresenta e nas possíveis causas que levam à obstipação, devendo ser analisada a consistência das fezes através da escala de Bristol, frequência das dejeções, esforço realizado para evacuar associado a manobras digitais, evacuação incompleta, uso de laxantes ou desconforto abdominal (Sobrado et al., 2018).

A avaliação das características da consistência das fezes é considerada como sendo o melhor indicador do trânsito intestinal, podendo ser avaliado pela escala das fezes de Bristol (WGO, 2010), validada para a população portuguesa desde 2019 (Puentes, 2019), como pode ser observado na figura 2. O tipo 1 e 2 são indicadores de trânsito intestinal lento, contrariamente o tipo 6 e 7 são indicadores de trânsito intestinal rápido (Lacy et al., 2016).

Figura 2: escala de fezes de Bristol



Fonte: Puentes (2019)

Deve ser avaliada a região abdominal e realizado toque retal. Na avaliação da região abdominal pode ser observado o volume abdominal, realizada a auscultação de ruídos intestinais ou efetuada a palpação de massas fecais (Araújo et al., 2017).

O exame abdominal deve ser realizado, posicionando o doente em decúbito dorsal, o mais confortável possível e considerando o abdómen dividido em quadrantes, tendo o umbigo como ponto central de conversão dos quatro quadrantes, com o intuito de localizar com maior facilidade os achados. A avaliação abdominal deve começar pela inspeção, seguida da auscultação, percussão e palpação, de forma a evitar a estimulação gastrointestinal (Urden et al., 2008). Segundo Urden et al. (2008):

- **Inspeção:** é possível observar as alterações da pele (presença de alterações de pigmentação, estrias ou cicatrizes, petéquias ou sinais desidratação), volume e simetria.
- **Auscultação** (com apoio de estetoscópio): é possível obter informação em relação à motilidade gástrica, enquanto os sons do intestino delgado são agudos e gorgolejantes, os sons do intestino grosso são graves e roncantes, podendo em situações patológicas estarem alterados. Em caso de obstrução, inflamação intestinal ou alterações eletrolíticas, os sons podem estar ausentes, ao passo que em caso de obstrução intestinal precoce ou diarreia podem estar aumentados.
- **Percussão:** através da percussão é possível obter informação acerca do fígado, baço e pâncreas, devendo realizar-se de forma suave e sistematizada. Em achados fisiológicos é observado “timpanismo sobre o estômago, quando vazio, timpanismo ou hiperressonância sobre o intestino e macicez sobre o fígado e o baço” (Urden et al., 2008, p. 879).
- **Palpação:** divide-se em superficial (até 1 cm de profundidade) e profunda (bimanual com profundidade 4 a 5 cm), sendo a técnica com maior utilidade na deteção de massas abdominais, onde a dor à descompressão pode ser um indicador de inflamação peritoneal, particularmente quando há libertação rápida da aérea avaliada.

A realização do toque retal possibilita identificar “fissuras anais, hemorróidas, massas rectais, dilatação retal, rectocelo ou estenose anal como também avaliar a tonicidade do esfíncter anal, assim como a presença/ ausência de fezes na ampola retal e suas características” (Araújo et al., 2017, p. 61), bem como avaliar a presença de massas ou corpos estranhos, necessidade de extração manual de

fecalomas, ou estimular digitalmente a defecação através da estimulação do reflexo retoanal (Dougherty & Lister, 2015; Fenton et al., 2019).

1.2.2. Tratamento de quadros de obstipação

A obstipação pode ser resolvida através de tratamento não farmacológico, como farmacológico, tendo como principal objetivo o restabelecimento do trânsito intestinal e a manutenção regular dos movimentos intestinais (Vincent & Preiser, 2015). Devendo ser descontinuado primeiramente toda a terapêutica que possam incitar quadros de obstipação, antes de instituir qualquer outra medida (Oliveira et al., 2020; *American Gastroenterological Association (AGA)*, 2013). O tratamento farmacológico com laxantes deve ser um tratamento a curto prazo, para ajudar na resolução do problema, uma vez que o seu uso prolongado pode causar dependência, perdendo o seu efeito a longo prazo (Dougherty & Lister, 2015).

1.2.2.1. Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico, apesar da evidência científica ser relativamente baixa, passa por incentivar o doente a manifestar os sintomas e a modificar hábitos de vida, iniciar dieta rica em fibra e aumentar ingestão de líquidos (Sobrado et al., 2018; Araújo et al., 2017). Podendo ainda ser ponderadas manobras mecânicas através da massagem abdominal e da extração manual de fecalomas, e proporcionar um ambiente e posicionamento favorável, garantido a privacidade do doente (Dougherty & Lister, 2015; Araújo et al., 2017).

A realização de exercícios de baixa e média intensidade, parecem trazer benefícios para os doentes com obstipação (Oliveira et al., 2020). Como referido anteriormente, a imobilidade inerente ao doente crítico está associada à incidência de obstipação, sendo possível instituir mobilização precoce do doente, incluindo o levante (MCEER, 2013; Vincent & Preiser, 2015).

A mobilização precoce do doente crítico pode ser iniciada aquando da estabilização fisiológica do doente, sendo um procedimento seguro, capacitando o doente progressivamente para a satisfação das suas atividades de vida diárias (Azevedo & Gomes, 2015). Após a estabilização hemodinâmica, a

mobilização precoce pode ser iniciada mesmo com o doente sob sedação e progredir consoante a sua evolução funcional (Holstein & Castro, 2019).

A nutrição e a obstipação apresentam uma relação inequívoca, na medida que a introdução precoce da nutrição evita quadros de obstipação, e por sua vez a obstipação incita à intolerância alimentar (Vincent & Preiser, 2015). Quando a nutrição entérica é administrada de forma intermitente, reduzindo o seu intervalo de administração, o risco de obstipação e distensão abdominal pode ser minimizado (Mahran et al., 2019).

Em contexto de doente crítico, a dieta oral deve ser privilegiada em detrimento da nutrição entérica ou da parentérica, sempre que o doente apresente capacidade para se alimentar ou não apresente qualquer tipo de contra-indicação. Em caso de inviabilidade da dieta oral, é recomendada a nutrição entérica precocemente, nomeadamente inferiores a 48 horas (Singer et al., 2019).

O tratamento da obstipação passa pelo aumento da ingestão de líquidos e de fibras. As fibras quer solúveis, quer insolúveis, assumem um papel importante, exceto nos doentes com obstrução intestinal. Enquanto a fibra solúvel aumenta o volume e peso das fezes, as fibras insolúveis aceleram o trânsito intestinal. Contudo, a fraca evidência científica no que respeita a presença de obstipação associada a causas metabólicas, neurológicas e a medicamentos, entre outras não permitem uma ação sustentada. (WGO, 2018).

A hidratação no doente crítico é rigorosa, sendo utilizado essencialmente durante a ressuscitação, reposição de fluidos, manutenção de volémia ou preparação e diluição de fármacos. A restrição hídrica tem demonstrado benefícios aquando da estabilização do doente, apesar de numa fase inicial da instabilidade hemodinâmica ter demonstrado ser importante (Hayakawa, 2019; Malbrain et al., 2020).

A massagem manual permite a estimulação mecânica do conteúdo fecal, através do intestino grosso (Fenton et al., 2019). A extração manual de fecalomas deve ser evitada, e apenas utilizada aquando da falha de outros métodos de tratamento, exceto em caso de lesão medular acima da T6. Nesta situação em particular, o doente incorre no risco de disreflexia autonómica, existindo uma inibição da resposta reflexa à estimulação retal ou efeito de supositórios (Fenton et al., 2019). A extração de fecalomas pode ser doloroso e acarreta alguns riscos, nomeadamente risco de perfuração ou hemorragia, como também de bradicardia quando da estimulação do nervo vago presente na parede retal (Dougherty & Lister, 2015).

O enfermeiro tem autonomia para estimulação intestinal ou extração manual de fecalomas, priorizando o autocuidado, bem-estar e autonomia do doente sempre que possível (Fonseca, 2018). Desta forma, o doente deve ser incentivado a não ignorar o ato de defecação, proporcionando a sua ida à casa de banho e evitando a utilização de arrastadeira, uma vez que a utilização desta última promove tensão extrema no ato de defecação, sendo a posição de agachamento ou de “cócoras” facilitadoras ao ato (Dougherty & Lister, 2015). Contudo, face ao condicionamento do doente crítico e à sua instabilidade hemodinâmica, a extração manual é frequente, aquando da ineficácia das medidas farmacológicas e alteração da dieta instituída.

1.2.2.2. Tratamento farmacológico

No que respeita ao tratamento farmacológico, este passa pela administração de laxantes e catárticos que se subdividem em emolientes, laxantes de contacto, laxantes expansores de volume e laxantes osmóticos (Caramona et al., 2016). Considerando o custo-benefício, o tratamento deve iniciar-se pela suplementação com fibras, seguido da administração de laxantes amolecedores de fezes e estimulantes ou osmóticos (Bharucha & Lacy, 2020; Araújo et al., 2017). Em caso de ineficácia, devem ser introduzidos secretores gastrointestinais e agentes procinéticos, ou antagonistas de opioides se obstipação secundária à administração de opioides (Bharucha & Lacy, 2020).

A designação de laxante está associada a um efeito fraco, ao passo que a designação de catártico está associada a um efeito forte, purgativo, devendo este último ser administrado apenas quando todas as intervenções falharam ou em contexto muito específico, como por exemplo preparação intestinal para exames ou cirurgia ao intestino grosso (Dougherty & Lister, 2015; Caramona et al., 2016).

Na tabela 2, é possível observar esquematicamente cada tipo de laxantes associado ao princípio ativo e alguns nomes comerciais disponíveis em Portugal, bem como o seu mecanismo de ação. Em caso de obstipação induzida por opioides é recomendado a combinação de uso de laxantes osmóticos e de laxantes estimulantes, com o intuito de amolecer as fezes e aumentar o peristaltismo, devendo ser evitados laxantes expansores de volume fecal (Fenton et al., 2019).

Tabela 2: laxantes - ação e princípio ativo

Família	Princípio ativo / fármacos	Ação
<p>Emolientes/ amolecedores</p> <p>(Docusato e parafina líquida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dioctilsulfossuccinatos de sódio e cálcio; • Parafina líquida. 	<p>Apresentam um efeito semelhante ao laxante de contacto, aumentando a incorporação de água e gordura nas fezes, através da redução da tensão de contacto óleo-água. Porém, podem interferir com a absorção de gordura e vitaminas solúveis.</p>
<p>Laxantes de contacto/ estimulantes</p> <p>(Óleo de rícino, derivados do difenilmetano, antraquinonas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Associação de Ácido cítrico, óxido de magnésio, picossulfato de sódio (Citrafleet[®]); • Gelatina + Glicerol (Dragagel[®]); • Glicerol (bebegel[®], supositórios de glicerina[®]); • Sene (Bekunis chá[®]); • Senosido A + Senosido B (Pursennide[®]); • Cascara + sene (Mucinum[®]); • Bisacodilo (Dulcolax[®]); • Docusato de sódio + Sorbitol (Glyss-Go[®]); • Picossulfato de sódio (Dulcogotas[®]); • Citrato de sódio + Laurilsulfoacetato de sódio (Microlax[®]); • Beladona + Fenoltaleína e outras associações (Doce Alívio[®]). 	<p>São agentes de ação rápida, com efeito desconhecido sobre a membrana celular, porém sabe-se que promovem a estimulação do plexo nervoso da parede intestinal, com efeito motor e secretório, aumentando o peristaltismo e a secreção de água e eletrólitos pela mucosa intestinal, melhorando a consistência das fezes.</p> <p>É recomendado a utilização de emoliente em combinação com estimulante, uma vez que podem causar dores abdominais, especialmente na presença de fezes duras.</p>
<p>Laxantes expansores de volume fecal</p> <p>Metilcelulose, carboximetilcelulose, preparados do psílio, gomas, farelo e bassorina)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bassorina + Amieiro negro (Normacol Plus[®]); • Cassia angustifolia (fruto) + Ispagula (mucilagem) + Plantago ovata (sementes) (Agiolax[®]); • Plantago afra (Mucofalk[®]). 	<p>As substâncias não são completamente digeríveis, pelo que os resíduos não digeridos são hidrofílicos e promovem a retenção de água nas fezes, aumentando o volume fecal, promovendo a motilidade intestinal. Sendo importante manter hidratação do doente para evitar agravamento da obstipação.</p>
<p>Laxantes osmóticos / salinos</p> <p>(Soluções de polietilenoglicol, carboidratos não absorvíveis e laxantes salinos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lactulose (Laevolac[®]); • Fosfato dissódico + Fosfato monossódico (Cleenema[®]); • Macrogol (Casenlax[®]); • Lactitol (Importal[®]); • Associação de macrogol ao bicarbonato de sódio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio (Movicol[®]); • Macrogol e outras associações (Klean-Prep[®]). 	<p>Atuam como agente hiperosmolar, aumentando a secreção de água nas fezes, aumentam o volume fecal pela atividade bacteriana, tornando as fezes mais moles e estimulam o movimento intestinal.</p>

Fonte: adaptado de Vincent & Preiser (2015); Dougherty & Lister (2015); Caramona et al. (2016); Fenton et al. (2019); Oliveira et al. (2020)

Existem poucas recomendações publicadas no âmbito do doente crítico, relativamente à escolha do laxante, estando frequentemente associado à preferência e experiência do profissional prescritor, como da disponibilidade na farmácia hospitalar (Vincent & Preiser, 2015). Porém, na presença de fezes duras deverá ser introduzido um agente amolecedor, contrariamente na presença de fezes moles deve ser administrado um estimulante do peristaltismo. Nenhum laxante tem apenas uma única propriedade, a sua combinação pode apresentar um efeito muito mais eficaz (Araújo et al., 2017). Em caso de obstrução intestinal, impactação fecal, dores abdominais e redução do tónus muscular, ou cirurgia recente ao intestino, os laxantes expansores de volume fecal estão contraindicados (Dougherty & Lister, 2015).

Em cuidados paliativos, são utilizados antagonistas dos opioides em caso de obstipação induzida por opioides e não resolvida após a administração de laxantes, como no caso da metilnaltrexona via subcutânea ou naloxona via oral (Araújo et al., 2017). Contudo, esta medida pode interferir com o controlo da dor, pelo que o seu uso diário não está recomendado (Dias et al., 2017).

A Metilnaltrexona é um agonista μ -opioide que atua no sistema gastrointestinal, sem alteração do efeito analgésico, não apresentando qualquer efeito sobre quadros de obstipação não induzida por opioides (Pereira et al., 2021b). O seu uso em contexto de doente crítico não foi evidente. Num estudo duplo-cego realizado numa UCI, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas comparativamente à administração de placebo, porém os doentes com obstipação associada a opiáceos a quem foi administrado metilnaltrexona apresentaram duas vezes e meia maior probabilidade para evacuar (Patel et al., 2020).

A naloxona é um antagonista dos opioides, competitivo com os recetores μ , delta, e kappa (Pereira et al., 2021a). Em contexto de doente crítico, a naloxona via entérica parece ser segura no tratamento da obstipação induzida por opioides, porém existe a necessidade de mais estudos na área (Gibson & Pass, 2014).

A impactação fecal é uma das complicações da obstipação, que pode causar obstrução intestinal, sendo recomendado a administração de macrogol, pela sua função catártica associado a extração manual de fecalomas ou enema (Fenton et al., 2019). O macrogol, também designado por polietilenoglicol, caracteriza-se por vários polímeros lineares. Está disponível em vários pesos moleculares e atuam enquanto laxante osmótico, devendo ser utilizado com precaução pelo risco de colite isquémica, ou quando utilizado concomitantemente com laxantes estimulantes, como no caso de bisacodilo ou picossulfato de sódio (Gamboa, 2020).

Os enemas estão indicados no tratamento de obstipação grave, quando existiu falha de outros métodos, incluindo a administração de laxantes via oral ou retal; administração de fármacos via retal; tratamento da mucosa intestinal em caso de irritabilidade da mucosa; diminuição da temperatura corporal; controlo de hemorragia local; redução da hipercaliemia através da administração de resina de cálcio ou encefalopatia portal sistémica através de enema de fosfato ou lactulose (Dougherty & Lister, 2015; Vincent & Preiser, 2015).

Os enemas de limpeza são utilizados na preparação intestinal para a realização de exames complementares de diagnóstico ou cirurgia, podendo ser realizados pelo enfermeiro, doente ou “outro prestador de cuidados com a supervisão do enfermeiro” e “consiste na introdução de uma solução no reto e sigmoide, pelo ânus, através de uma sonda rectal” (Veiga et al., 2011, p. 59).

A lactulose para além do tratamento da obstipação crónica através do seu efeito osmótico e aumento da motilidade intestinal, é usada como tratamento preventivo e/ou efetivo da encefalopatia portal sistémica, através do seu mecanismo de ação que interfere na diminuição da produção e absorção de amónia a nível intestinal (Mukherjee & John, 2021). Apesar de raro, os enemas de limpeza podem causar perfuração, sendo o reto o local mais frequentemente lesionado, e apresenta uma prevalência de mortalidade associada à perfuração intestinal secundária de 38,5% (Cirocchi et al., 2020).

A neostigmina enquanto inibidor da acetilcolinesterase, pode ser administrado em casos graves de pseudo-obstrução cólon, com o intuito de aumentar peristaltismo e promover a motilidade intestinal, porém dever-se-á excluir possíveis causas tratáveis (Vincent & Preiser, 2015). Este fármaco, apesar efeitos secundários pouco frequentes, pode induzir bradicardia, devendo ser evitado em doentes com bloqueio cardíaco recente ou história de bloqueio cardíaco de segundo grau (Kram et al., 2018)

Nos últimos anos têm-se verificado um desenvolvimento de novos fármacos, nomeadamente agentes procinéticos e agentes secretores. Os agentes procinéticos apresentam efeito estimulante direto na motilidade gástrica (ex. prucaloprida), ao passo que os agentes secretores têm um efeito estimulante na secreção de fluídos intestinais (ex. lubiprostona e a linaclotida) (Martins & Figueiredo, 2016).

O tratamento cirúrgico da obstipação está recomenda exclusivamente quando todas as tentativas de resolução de quadros de obstipação foram realizadas de forma agressiva e prolongada com

laxantes, agentes procinéticos e fibras, sendo aconselhado a realização de colectomia total com anastomose ileorretal (AGA, 2013).

Desta forma e face ao supramencionado, o enfermeiro assume um papel preponderante na prevenção e controlo de quadros de obstipação. Enquanto profissional de proximidade e de acordo com as competências que lhe são reconhecidas, o enfermeiro pode detetar precocemente quadros de obstipação, registar o padrão de eliminação diariamente e atuar em conformidade, quer seja na aplicação de medidas farmacológicas, como não farmacológicas, e avaliar o efeito das medidas instituídas.

Face ao grau de dependência do doente e à sua capacidade de satisfação das necessidades de autocuidados universais, nomeadamente no processo de eliminação, deve o enfermeiro satisfazer as necessidades de autocuidado do doente, bem como instruí-lo acerca das medidas preventivas e de manutenção regular do trânsito intestinal.

2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

O estágio final decorreu antecipadamente a pedido do estudante e de acordo com a disponibilidade do CH, tendo início a 28 junho e término a 10 outubro 2021. O mesmo decorreu numa UCIP de um CH do sul do país. Contrariamente ao previsto, o estágio decorreu em apenas 15 semanas e antecipadamente ao período letivo, mantendo a carga horária total, devido à limitação de vagas dos campos de estágio.

Este estágio teve como objetivo mobilizar conhecimentos adquiridos no primeiro e segundo semestre e desenvolver competências comuns, bem como as competências específicas de enfermeiro especialista na área de especialização de pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem. É ainda previsto o desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional no serviço onde decorreu o estágio (Freitas et al., 2017).

No presente capítulo será realizada o enquadramento institucional onde decorreu o estágio, análise do estágio de observação decorrido no SCE e no GCL-PPCIRA, e exposição do projeto de intervenção profissional desenvolvido durante o estágio final.

2.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

A UCIP onde decorreu o estágio está integrada num CH no sul do país, criado em 2013, resultante da fusão de várias unidades hospitalares da região. Para além da disponibilização de cuidados de saúde, o CH em conjunto com a universidade da região desenvolveu um centro académico de investigação e formação biomédica que têm como missão “criar, transmitir e difundir uma cultura de investigação e desenvolvimento, contribuindo para formar profissionais altamente qualificados e diferenciados” (SPMS EPE, 2021a).

O CH adota como valores o trabalho em equipa e está orientado para responder às necessidades do doente, apostando na inovação e na gestão participativa, orientado para obtenção de resultados socioeconómicos (SPMS EPE, 2021b). Tendo o objetivo de

“Consolidar-se como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada

para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais.” (SPMS EPE, 2021b).

O departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos integra dois serviços de medicina intensiva (SMI), diferenciada por numeração árabe (SMI 1; SMI 2) e fisicamente alocado em unidades hospitalares diferentes.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a evolução da UCI para serviço de medicina intensiva, permitiu agilizar a gestão do doente crítico a nível hospitalar, integrando não só as unidades de cuidados intensivos, como as salas de emergência alocadas ao serviço de urgência e a equipa de emergência médica intra-hospitalar (MS, 2017). Desta forma, a medicina intensiva tem a responsabilidade sobre todos os doentes que lhe são atribuídos independentemente do serviço em que se encontra internado, assumindo um papel de gestão e consultadoria em benefício do doente crítico. A responsabilidade assumida, enquadra-se desde a admissão à alta do doente, incluindo a decisão de tratamento em conjunto com o doente e sua família e todas as limitações e implicações éticas subjacentes (MS, 2017).

A UCIP onde decorreu o estágio, doravante designada por UCIP 2, está integrada no SMI 2. Esta inclui ainda uma unidade de internamento de doentes agudos (UIDA), sala de emergência, equipa de emergência médica intra-hospitalar e a consulta de medicina intensiva (Gonçalves, 2018).

Portugal apresentava no início da década de 2010, o rácio mais baixo da Europa de camas de medicina intensiva correspondendo à média de 4,2/ 100.000 habitantes (MS, 2017). Em 2020 apresentava um rácio de 6,4/100.000 habitantes, mantendo-se muito inferior à média europeia, que mantinha o rácio de 11,5/100.000 habitantes (Nuñez et al., 2020).

O CH apresenta uma lotação de 995 camas de agudos hospitalares e 36 camas de críticos, das quais 22 são de nível III, correspondendo a um rácio por 100.000 habitantes de 4,8‰ (MS, 2017; SPMS EPE, 2021c). Face aos desafios da pandemia por COVID-19, houve a necessidade de reestruturação para aumentar a capacidade de resposta da medicina intensiva, havendo uma proposta para incrementar 45% até 2021. Este CH não foi exceção, totalizando 47 camas de medicina intensiva, das quais 37 correspondem a cuidados de nível III e 10 de cuidados de nível II (Nuñez et al., 2020).

Conforme a taxa de ocupação do SMI 1 e da situação epidemiológica, assim haverá articulação entre ambos os SMI, e ativadas camas dedicadas ao doente diagnosticado com infeção respiratória por

severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), quer seja no serviço de internamento, quer na UCIP 2 e UIDA (Grupo Operacional COVID UHP, 2021).

2.1.1. Caracterização da unidade cuidados intensivos polivalente

A UCIP 2 foi fundada no ano 2000, tendo sofrido várias remodelações quer a nível físico, quer a nível de recursos humanos e materiais. Atualmente, é composta por duas salas de internamento, na modalidade *open space*, sendo apoiada por várias outras salas: arrumos, arrecadação, preparação de terapêutica, copa, salas de reuniões, gabinetes, sala de sujos e casas de banho que vão de acordo com as recomendações da administração central do sistema de saúde (ACSS) (ACSS, 2013).

Esta unidade, tem a capacidade de doze camas de nível III, contudo três delas, alocadas à sala dois, apenas são ativas em caso de contingência. Em cada uma das salas, existe uma cama em quarto individualizado podendo ser utilizado como quarto de isolamento.

Face ao relatório de indicadores de qualidade disponibilizado pelo enfermeiro gestor, a UCIP 2 no ano de 2020, apresentou uma taxa de ocupação de 20,75 camas, com um índice de rotação de 14,98. O principal motivo de admissão foram as doenças vasculares cerebrais agudas (7,45%), seguido de doente politraumatizado com traumatismo cranioencefálico (3,33%), broncopneumonia por microrganismo não especificado (3,14%), diabetes mellitus com cetoacidose (3,14%), choque séptico (2,75%), pneumonia da comunidade (2,75%), pneumonia associada ao SARS-CoV-2 (2,55%) (CH, 2021a).

A capacidade de resposta hospitalar ao doente com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) dita a ativação das várias fases do plano de contingência (Grupo COVID UHP, 2020). Durante o período de estágio, mantiveram-se todas as camas ativadas da sala 2 e dedicadas exclusivamente aos doentes infetados por SARS-CoV-2, não existindo necessidade de ativação das fases seguintes do plano de contingência, como aconteceu na vaga em janeiro 2021. Nessa vaga, a UCIP 2 e a UIDA foram dedicadas exclusivamente aos doentes infetados por SARS-CoV-2, toda a atividade cirúrgica programada foi suspensa e os doentes não infetados por SARS-CoV-2, com falência orgânica, foram alocados ao serviço da cirurgia do ambulatório, tornando-se este serviço numa UCI provisória.

Cada unidade do doente está equipada com recursos materiais e equipamentos que permitem a monitorização de parâmetros vitais e hemodinâmicos, administração de terapêutica com recurso a bomba/seringa infusora, bomba de nutrição entérica, gases medicinais, rampa de vácuo e respetivo sistema de aspiração, ventilador que permite VMI e não invasiva, bem como tomadas de corrente elétrica e mesas de apoio com material clínico e desinfetantes. Ao centro de cada sala, há uma bancada central de vigilância, sendo que na sala 1 há ainda uma central de monitorização (Aleixo, 2017).

Os parâmetros passíveis de monitorização, quer seja de forma contínua ou intermitente, são: frequência e traçado cardíaco; pressão arterial; saturação periférica de oxigénio; frequência respiratória, capnografia, pressão venosa central, temperatura esofágica, índice bispectral, pressão intra-abdominal, pressão intracraniana, *train-of-four*² e débito cardíaco através do sistema PiCCO^{®3}.

Pode ainda ser associado a cada unidade, dependendo das necessidades do doente: *pacemaker* intracavitário provisório; máquinas para realização de terapias de substituição renal; ventiladores de transporte; *coughassist*⁴; *PulmoVista*⁵ e equipamento de oxigenoterapia de alto fluxo. A unidade está ainda capacitada com carro de emergência equipado com desfibrilhador, ecógrafo, eletrocardiógrafo e máquina de gasometria.

Os registos de enfermagem e os diários médicos são realizados através do sistema informático B-ICU CARE[®]. É um sistema informático prático e intuitivo, utilizado exclusivamente no SMI, e não exige muita disponibilidade de tempo para a sua utilização. No que respeita aos registos dos parâmetros ventilatórios e parâmetros vitais, estes são transmitidos em tempo real diretamente para a plataforma, sob necessidade de confirmação prévia pelo enfermeiro. O acesso informático ao B-ICU CARE[®] está restrito aos profissionais alocados à UCIP 2, contudo toda a informação fica disponível automaticamente no programa SClinic[®], podendo ser consultado pelos profissionais envolvidos na prestação de cuidados e tratamento do doente e conforme o seu perfil de competências.

² Train-of-four (TOF) – monitorização do grau de bloqueio neuromuscular, através da electroestimulação de um nervo periférico (Esteves et al., 2018).

³ Sistema PiCCO (pulse contour cardiac output) – é um sistema de avaliação do débito cardíaco que se baseia no princípio da termodiluição transpulmonar e na análise do retorno do pulso arterial (Getinge, 2020).

⁴ Coughassist – é um insuflador-exsuflador mecânico, que permite a eliminação de secreções de forma não invasiva, podendo ser utilizado nas unidades hospitalares, como domicílio (Philips, 2021).

⁵ PulmoVista[®] - equipamento que permite a realização de tomografia de impedância elétrica, disponibilizando em tempo real e na unidade do doente, observar de forma não invasiva a distribuição regional do ar no interior dos pulmões (Drägerwerk AG & Co, 2021).

Relativamente aos recursos humanos, a unidade está dotada de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais em permanência física durante as 24 horas e administrativos nos dias úteis das 8 às 16 horas. Porém, existem outros profissionais que colaboram com a UCIP 2, como seja outros médicos especialistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

No que concerne à equipa de enfermagem em específico, esta é constituída por 37 enfermeiros, dos quais um é enfermeiro especialista em EMC e exerce funções de gestão e sete enfermeiros são detentores da especialidade de reabilitação, cinco enfermeiros especialistas em EMC-PSC e um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Apesar de alguns colegas de enfermagem se encontrarem em processo de formação de especialização de EMC-PSC, a sua dotação não cumpre as recomendações do cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Sendo recomendado pela OE que:

“50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno. (...) No caso das unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio é de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 clientes, em todos os dias da semana” (OE, 2019, p. 22).

A jornada de trabalho dos enfermeiros está organizada em três turnos, manhãs, tardes e noites, correspondendo a uma carga horária de 8h, 8h30m e 9h, respetivamente. Por turno, estão escalados cinco a seis enfermeiros, de forma a garantir as dotações seguras. De acordo com as recomendações da OE, o rácio enfermeiro/doente nos cuidados de nível II e nível III, deve ser de 1/2 e 1/1, respetivamente (OE, 2019). Conforme a ocupação da unidade, assim foi reforçada a equipa.

O enfermeiro gestor gere não só o número de elementos escalados por turno de forma a cumprir as dotações seguras, como também assegura que estejam escalados por turno enfermeiros dos vários estádios de desenvolvimento profissional de acordo com a sua experiência profissional, sabedoria clínica e formação especializada.

Na UCIP 2, o cálculo das necessidades de horas de trabalho de enfermagem é realizado com recurso ao instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), apesar de disponível no B-ICU CARE® a *Nursing Activities Score*. Esta é avaliada diariamente no turno da noite.

A TISS-28 é uma versão composta por 28 itens, da escala inicialmente criada por Cullen em 1974, e traduzida e validada para a população portuguesa em 1997. Esta escala avalia várias dimensões, nomeadamente: “atividades básicas; suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas” (Padilha et al., 2005, p. 230) que se irão traduzir num score, e indicarão o tempo ocupado pelo enfermeiro na prestação de cuidados, uma vez que cada ponto é equivalente a 10,6 minutos (Padilha et al., 2005). A média do score do TISS 28 referente ao ano de 2020 na respetiva unidade foi de 27,93 (CH, 2021a), correspondendo a uma carga de trabalho de enfermagem médio por doente de 4h56min.

O enfermeiro gestor, para além das competências que lhe são reconhecidas na gestão do serviço, incluindo gestão de recursos humanos e materiais, assume um papel ativo na equipa, estimulando à melhoria contínua dos cuidados e à primazia pela excelência, ao qual tive a oportunidade de observar deste o primeiro dia de estágio.

A influência do líder é importante na motivação e inspiração da equipa, quer no incremento da produtividade, como no bom desempenho de qualquer tipo de instituição (Gaspar, 2015). A UCIP 2 sempre foi um serviço de referência da unidade hospitalar, tendo o enfermeiro gestor e a equipa de enfermagem cooperado para este legado, podendo ser observado nos indicadores de qualidade.

Em 2020, a taxa de mortalidade na unidade foi de 15,80% e 15,47%⁶ aos 28 dias. No que respeita à taxa de infeção, 26,55% dos doentes apresentaram infeção no momento da admissão na unidade (CH, 2021a). Relativamente à infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS) associadas a dispositivos médicos invasivos de 2018 a 2020, verificou-se um decréscimo gradual das infeções associados ao cateter venoso central (CVC), nomeadamente 0,7‰, 0,5‰ e 0,00‰, respetivamente (GCL-PPCIRA, 2021; CH, 2021a). Porém, o mesmo não acontece com as infeções associadas ao cateter urinário externo, em 2018 e 2019 não foram reportadas nenhuma INCS, havendo um pequeno aumento em 2020, taxa de infeção de 0,41‰. Relativamente à infeção respiratória, foram reportados quatro casos no biénio 2018-2019, e em 2020, 1,47‰ desenvolveu pneumonia associado à ventilação (GCL-PPCIRA, 2021; CH, 2021a). Não foram reportadas úlceras de pressão na face associadas à VMI, como úlceras cervicocefálicas associadas à imobilização cervical (CH, 2021a), não se encontrando dados referentes a anos anteriores.

⁶ Valor provisório uma vez que não foram preenchidos os dados da alta a todos os doentes.

A equipa intra-hospitalar, como referido anteriormente, é da responsabilidade da medicina intensiva, sendo composta por um enfermeiro e um médico da unidade de cuidados intensivos. Na mesma linha de pensamento face à antecipação e prevenção de problemas, são os enfermeiros mais experientes a assumir a responsabilidade de turno na ausência do enfermeiro gestor, bem como a equipa intra-hospitalar.

2.2. ANÁLISE DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO GCL-PPCIRA E NO SCE

Face ao impacto da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) no doente crítico, a sua prevenção assume um papel preponderante na procura da excelência no exercício profissional, ao qual o “enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2017, p. 16).

Desta forma, e com o intuito de adquirir uma visão mais alargada das competências do enfermeiro no controlo de infeção, houve a oportunidade de realizar estágio de observação no GCL-PPICRA e no SCE, com a duração total de 24 horas, correspondendo a 8 horas no GCL-PPICRA e 16 horas no SCE.

2.2.1. GCL-PPCIRA

Como referido anteriormente, o CH onde decorreu o estágio é constituído por várias unidades hospitalares, pelo que existem dois GCL-PPCIRA, cada um responsável por um conjunto de unidades que integram o CH. O GCL-PPCIRA onde decorreu o estágio observacional é responsável pela UCIP 2, unidade onde decorreu o estágio final.

O GCL-PPCIRA é um órgão de assessoria técnica, com o objetivo de redução da taxa de IACS, uso correto de antibioterapia e redução da taxa de infeções por microrganismos multirresistente, orientando-se pelo despacho nº 15423/2013 de 26 novembro de 2013 (GCL-PPCIRA, 2019a; despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro de 2013).

Este grupo integra um núcleo executivo composto por um coordenador médico dedicado ao GCL-PPCIRA pelos menos 28 horas semanais, um vogal farmacêutico que integra a responsabilidade da área

de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, bem como o projeto da higiene das mãos; um vogal médico responsável pela área da microbiologia, por vários vogais médicos nomeados pelo coordenador, nomeadamente um vogal cirurgião responsável pela vigilância do local cirúrgico; e por dois enfermeiros, um dos quais vogal e um técnico administrativo (GCL-PPCIRA, 2019a). É ainda composto por elementos dinamizadores representantes de cada serviço e um núcleo de apoio técnico consultivo composto por elementos da área pediátrica e neonatal e cuidados intensivos, aprovisionamento, saúde ocupacional, serviços hoteleiros, instalações e equipamentos e serviço de esterilização (GCL-PPCIRA, 2019a).

O CH, no seu todo, tem uma lotação total de 995 camas, das quais 359 estão alocadas às unidades hospitalares de que este GCL-PPCIRA é responsável (SPMS EPE, 2021c). Assim, a integração de dois enfermeiros no GCL-PPCIRA, fica aquém das dotações seguras, estando recomendado um “enfermeiro em dedicação completa a esta função para um número igual ou inferior a 100 camas, acrescentando um enfermeiro em dedicação completa por cada 150 camas adicionais” (OE, 2019, p. 25).

O presente grupo tem a função de consultadoria, formação obrigatória, vigilância epidemiológica, auditoria à adesão da estratégia multimodal das precauções básicas no controlo de infeção (PBCI), promoção e correção de práticas relacionadas com a prevenção e controlo de infeção e uso de antibióticos, bem como realizar o relatório anual onde explana a realidade dos serviços auditados com sugestões de melhoria e coordenação com o grupo de coordenação regional do programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (GCR-PPCIRA) (GCL-PPCIRA, 2019a).

Conforme a informação disponibilizada pela equipa de enfermagem pertencente ao GCL-PPCIRA e pelos relatórios facultados, foi perceptível que os enfermeiros que integram esta equipa apresentam um papel preponderante e ativo na prevenção e controlo de infeção nosocomial. Os enfermeiros têm a responsabilidade de recolher diariamente os resultados de todas as hemoculturas positivas, analisar o processo clínico do doente, realizar o *link* epidemiológico, registar na plataforma de vigilância epidemiológica nacional toda a INCS detetada nos serviços sob avaliação, auditar os serviços face às PBCI, realizar formação aos profissionais de saúde, participar no inquérito de prevalência europeu, elaborar normas de atuação, promover a consultadoria e coordenar juntamente com o GCR-PPCIRA a preparação da alta de um doente colonizado ou infetado por *Saphylococcus Aureus* resistente à meticilina (MRSA) ou enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemes (ERC) (GCL-PPCIRA, 2021; GCL-PPCIRA, 2019b).

Conforme o objetivo 4 do plano nacional de combate à resistência aos antimicrobianos 2019-2023, “reduzir a incidência de infeção”, devem as instituições aderir à estratégia multimodal das PBCI (Direção Geral da Saúde (DGS), 2019). O CH não foi exceção, tendo o GCL-PPCIRA realizado auditorias às estruturas e processos das PBCI, desde 2015. Desde 2009, o CH aderiu à campanha nacional da higiene das mãos, “Medidas Simples Salvam Vidas”, realizando algumas adaptações estruturais, nomeadamente a existência de solução antisséptica de base alcoólica visível aos profissionais e na proximidade da área do doente e campanhas de sensibilização a todos os profissionais, bem como auditorias que englobam sugestões de melhoria aos serviços (GCL-PPCIRA, 2019b).

Segundos os dados facultados pela equipa do GCL-PPCIRA, as boas práticas de higiene das mãos têm apresentado uma adesão crescente nos profissionais de saúde, em 2016 apresentava uma taxa de adesão de 70,2%, relativamente abaixo da adesão nacional (72,6%), contudo em 2017 apresentou uma adesão discretamente superior, 75% versus 73,6%. Em 2020, a adesão no CH ficou nos 82,3%. As auditorias são realizadas em conjunto com os elementos dinamizadores dos vários serviços que aderiram, tendo os enfermeiros do GCL-PPCIRA a responsabilidade não só das auditorias, como da formação e o respetivo tratamento dos dados fornecidos por estes elementos (DGS, 2018a).

No que se refere à vigilância epidemiológica da INCS, nem todos os serviços hospitalares da responsabilidade do GCL-PPCIRA são monitorizados, apenas aqueles que apresentam lotação superior a seis camas. Desta forma, no ano de 2018 e 2019, foram analisados apenas onze serviços, aos quais os elementos dinamizadores foram responsáveis por registar diariamente o número de doentes submetidos a alguns dispositivos médicos invasivos (entubação traqueal, CVC, cateter venoso periférico, cateter vesical) e com úlceras por pressão em formulário calendário e remetido ao GCL-PPCIRA mensalmente (GCL-PPCIRA, 2021).

A situação pandémica pelo vírus SARS-CoV-2 foi um dos motivos que ocupou imenso tempo do trabalho dos enfermeiros GCL-PPCIRA, quer seja pela elaboração de normas de atuação no que respeita ao uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI), formação das equipas de saúde relativamente ao uso adequado dos EPI, higienização dos espaços, definição de circuitos e a monitoração dos profissionais e doentes infetados por SARS-CoV-2. Como ainda, da necessidade constante de atualização das normas e procedimentos de atuação, à medida que a comunidade científica foi adquirindo conhecimento sobre o comportamento deste vírus e/ou emissão de normas pela DGS, tendo limitado a atuação da equipa a outros níveis.

2.2.2. Serviço central de esterilização

O SCE foi criado em 2009 e iniciou o seu caminho para a certificação de garantia da qualidade em 2004, tendo sido certificado efetivamente em 2005 e recertificado em 2008 (CHU, 2008; Beato, 2014). A certificação permite a definição e medição de objetivos, melhoria de práticas e uniformização de condutas de trabalho, especialmente no que respeita ao registo e tratamento de informação e documentação, sendo uma mais-valia organizacional (CHU, 2008). Face aos custos financeiros associados à recertificação, o CH não concorreu após 2014, porém determinou a continuidade de procedimentos com base nos requisitos da norma NP EN ISO 9001 (Beato, 2014).

O seu horário de funcionamento inicial estava compreendido das 8 as 24 horas (Beato, 2014), contudo atualmente está a funcionar todos os dias da semana durante as 24 horas. A SCE apresenta circuitos bem definidos, desde a entrega dos dispositivos médicos provenientes dos vários serviços, até ao respetivo retorno aos serviços de origem. Apresenta uma média anual de 3300 ciclos de esterilização, dos quais 500 ciclos de esterilização são a baixa temperatura com peróxido de hidrogénio e 2800 ciclos de esterilização por vapor (Beato, 2014). O SCE recebe não só os dispositivos médicos dos serviços hospitalares, como de outras instituições que tenham contratos programa com o CH, incluindo os centros de saúde ou instituições privadas.

Durante o estágio houve a oportunidade realizar um *debriefing* com o enfermeiro sobre todo o processo necessário à certificação da garantia da qualidade e elaboração das normas de procedimentos necessárias ao mesmo. Foi ainda possível observar o circuito que os dispositivos médicos seguiam desde a sua receção à sua entrega, bem como todo o processo de lavagem, descontaminação, embalagem e esterilização a que foram sujeitos. Houve ainda a oportunidade de acompanhar os enfermeiros instrumentistas do bloco operatório, durante o processo de embalagem das caixas utilizadas nas várias cirurgias realizadas no CH.

Foi importante observar o circuito unidirecional dos dispositivos médicos, existindo inclusive sistemas de segurança e barreira nas máquinas de lavagem e de esterilização para que seja garantido a continuidade do circuito. Por exemplo, se o material ainda não está lavado, apenas a porta da sala de lavagem se abre, contrariamente, se o material passou pelo processo de lavagem e este não apresentou anomalias, então apenas é possibilitada a abertura da porta da sala de embalagem e esterilização. O mesmo acontece com o esterilizador, dependendo do estado de esterilização, assim abre a porta do lado da sala de embalagem, ou do corredor de esterilização.

Conforme informado pelo enfermeiro gestor do SCE, os dispositivos médicos esterilizados são armazenados na central de expedição, sala dotada de pressão positiva e temperatura controlada, e obedece à metodologia *first in first out*. A partir desta sala, são entregues aos clientes os dispositivos médicos esterilizados, ou entregues pelos assistentes operacionais nos vários serviços da unidade hospitalar. O SCE tem ainda uma sala de limpos onde faz a receção de material não contaminado.

O processo de esterilização passa por vários indicadores de esterilização, quer seja biológico, químico ou físico. O indicador biológico de leitura rápida é utilizado sempre no primeiro ciclo de esterilização do dia ou em todos ciclos que contenham dispositivos médicos implantáveis no doente. Os indicadores químicos utilizados são o teste de *Bowie-Dick* e o indicador de classe 6. O teste de *Bowie-Dick* é utilizado diariamente antes de qualquer ciclo de esterilização, ao passo que o indicador de classe 6 é utilizado em todos os ciclos de esterilização (Ladeiro, Beato, & Augusto, 2018).

O indicador físico é um indicador emitido pela própria máquina de esterilização. Os dispositivos médicos só devem ser disponibilizados aquando do resultado do indicador biológico. Sempre que um ciclo de esterilização apresente intercorrências ou aquando da positividade de um indicador, devem os mesmos ser reportados ao enfermeiro responsável (Ladeiro et al., 2018).

Após a lavagem, todos os dispositivos médicos críticos e semicríticos que necessitem de embalagem são inspecionados visualmente. Os dispositivos médicos são embalados em manga ou pano de tecido não tecido, sendo este último selado com fita de testemunho, um indicador de que o dispositivo médico passou por um processo de esterilização.

Todos os dispositivos médicos são etiquetados, tendo como recurso uma plataforma informática desenvolvida pelo CH, sendo o enfermeiro responsável pelo SCE e a informática os grandes mentores deste projeto. Os dados que constam na etiqueta são o número do esterilizador, programa de esterilização, ciclo, lote e o controlo dos indicadores (químico e/ou biológico) utilizados. Todos os dispositivos médicos disponibilizados pelas empresas externas/laboratórios passam por processo de esterilização no serviço e são devidamente recodificados com códigos internos ao SCE. Em caso de um incidente com um dispositivo médico, nomeadamente o desenvolvimento de uma infeção, é possível observar e analisar quais os dispositivos médicos que estão associados no mesmo ciclo de esterilização e analisar potenciais riscos para outros doentes.

O enfermeiro gestor do SCE assume a responsabilidade de assegurar os dispositivos médicos aos serviços cliente e a aplicação das boas práticas de funcionamento; maximizar a capacidade do

processamento dos dispositivos médicos; formar a equipa de profissionais de saúde sobre as condutas a adotar; assegurar o cumprimento da norma ISO 9001 e os níveis de qualidade desejados e garantir “a melhoria contínua da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade” (Beato, 2014, p. 6).

O enfermeiro assume um papel de elevada importância no processo de esterilização dos dispositivos médicos, quer seja pela definição de metodologias, uniformização de procedimentos e garantia de qualidade, como pela tomada de decisão segura e sólida, contribuindo na minimização da infeção hospitalar. O enfermeiro assume ainda um papel relevante na mudança de paradigma da visão do SCE como um local de armazenamento, a um local fundamental no controlo da infeção (Rodrigues et al., 2019).

2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DESENVOLVIDO DURANTE O ESTÁGIO FINAL

Face ao planeamento cedido pelo corpo docente, é expectável que seja desenvolvida a competência de investigação, devendo ser elaborado um trabalho escrito, nomeadamente um artigo científico, em resultado de um projeto de intervenção profissional a ser desenvolvido durante o tempo de estágio (Freitas et al., 2017).

O presente trabalho segue a metodologia projeto. Esta metodologia centra-se numa investigação baseada num problema real, ao qual se pretende implementar estratégias e intervenções que sejam eficazes na resolução do problema identificado, tendo como fundamento a prática baseada na evidência. Esta é constituída por seis etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ferrito, 2010).

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa da metodologia projeto e tem como objetivo descrever a realidade ao qual se pretende intervir. Quando se intervém em contexto de saúde, deve-se realizar uma análise integrada da realidade, devendo ter a capacidade de sustentabilidade e “proporcionar benefícios num prolongado período de tempo (...) criar dinâmica para outras iniciativas em equipa (...) e permitir o desenvolvimento global, inovador e reversível” (Teófilo et al., 2010, p. 10).

O objetivo só por si determina o resultado que se pretende atingir, assumindo uma representação antecipatória da ação. Este pode ser mais geral e abrangente, como mais específico, sendo uma subdivisão do objetivo geral (Vaz et al., 2010).

O planeamento é a terceira fase de um projeto, devendo ser realizada detalhadamente a planificação do mesmo. Nesta fase devem ser definidas as intervenções a realizar para atingir o objetivo previamente delineado, os recursos necessários, as limitações que poderão condicionar o trabalho a desenvolver e a calendarização (Rodrigues et al., 2010).

Até à fase do planeamento conjectura-se uma planificação do esboço respetivo a um projeto que se idealiza realizar, ao passo que na fase da execução pressupõe-se a sua materialização, através das intervenções anteriormente planeadas. Poderão existir alterações ao planeado, porém todas as alterações devem ser estudadas, para que não exista comprometimento dos objetivos traçados (Ribeiro et al., 2010a).

A fase do planeamento e de execução encontram-se interligadas, sendo “esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências. (...) Quanto maior for o interesse, maior será todo o processo de pesquisa, experimentação, descoberta.” (Ribeiro et al., 2010a, p. 24).

A avaliação do projeto é dinâmica e complexa, integrando várias fases, nomeadamente a avaliação intermédia e a avaliação final. A avaliação intermédia é desenvolvida concomitantemente com a fase da execução, sendo realizadas críticas iniciais ao trabalho e ajustes essenciais para o desenvolvimento. Ao passo, que a avaliação final é mais abrangente e pretende verificar o alcance de cada objetivo, bem como a sua pertinência, devendo culminar numa crítica construtiva, impulsionando para novos projetos (Ribeiro et al., 2010b).

Após a execução do projeto, a divulgação dos resultados assume um papel preponderante, uma vez que dá a conhecer à população, não só os resultados obtidos, como todo o percurso realizado. Existem vários recursos de divulgação, nomeadamente: relatórios; reuniões (públicas, informais, informativas); comunicações livres em congressos ou seminários através de apresentação de póster ou comunicação oral; publicação de artigos científicos (Assenhas et al., 2010).

2.3.1. Problemática: obstipação no doente crítico

O enfermeiro especialista em EMC deve criar, executar e avaliar planos de intervenção de forma a responder às necessidades do doente e sua família, com o intuito de promover a saúde e prevenir complicações e eventos adversos. O enfermeiro deve empenhar-se na minimização do impacto negativo, incitado por mudanças ambientais durante o processo de assistência de saúde (OE, 2017).

As condições e o contexto onde são prestados os cuidados, condicionam a sua segurança e efetividade, assumindo relevância a nível da qualidade e segurança (Despacho n.º /2021 de 24 de setembro de 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) não existe uma definição consensual para qualidade, contudo é reconhecido mundialmente que a qualidade no âmbito da saúde tem como “objectivo básico de influenciar positivamente os resultados em saúde, tanto a nível individual como da população, realçando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais” (OMS, 2020a, p. 13).

Os cuidados de saúde de qualidade podem assumir uma grande diversidade de significados, contudo é unânime o reconhecimento de qualidade em serviços de saúde quando são **eficazes** na prestação de cuidados, sendo esta baseada na evidência; **seguros** minimizando o prejuízo para o doente e **focados nas pessoas** respeitando os seus valores, preferências e necessidades (OMS, 2020a).

A garantia da qualidade, bem como a eficiência dos cuidados podem ser conseguidas e promovidas quando da existência de equipas multidisciplinares ou profissionais experientes, em que a sua tomada de decisão é apoiada por sistemas informáticos (Santos & Araújo, 2018). No que respeita à segurança, são múltiplos os fatores que a condicionam o ambiente, nomeadamente:

“Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021).

A definição de padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, aconteceu em 2001 pelo conselho de enfermagem da OE e permite estimular “a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2017, p. 5), servindo como elementos orientadores na prestação de cuidados especializados (OE, 2017). O enfermeiro especialista em EMC-PSC, assume um papel

relevante na prestação de cuidados seguros, sendo o mesmo explicado pelos enunciados descritivos definidos pela OE junto do doente e sua família (OE, 2017).

Desta forma, e tendo em consideração o âmbito do projeto de intervenção profissional, serão definidos de imediato os enunciados descritivos. **Satisfação do cliente**, o enfermeiro especialista em EMC deve empregar os seus esforços para reduzir o impacto negativo, agindo em tempo útil e de forma eficaz (OE, 2017). Como anteriormente exposto, os distúrbios intestinais apresentam mundialmente elevada prevalência, dos quais está incluído a obstipação, que apresenta impacto negativo na qualidade de vida da pessoa (Lacy et al., 2016), sendo este um problema frequentemente encontrado no âmbito do doente crítico (Hay et al., 2019; Batassini & Beghetto, 2019; Dehghan et al., 2018; Launey et al., 2021).

Promoção da saúde, o enfermeiro especialista em EMC torna-se num elemento fulcral na formação ao doente sempre que este demonstre capacidade cognitiva, em sua substituição à sua família, disponibilizando informação que promovam a sua independência no autocuidado, com o intuito de prevenir quadros de obstipação, promover trânsito intestinal regular e informar das consequências que daí possam advir.

Prevenção de complicações, a obstipação não tem sido uma prioridade no tratamento do doente crítico em detrimento da preservação da vida. Contudo, a sua prevenção assume particular importância face às várias complicações associadas, como sejam: aumento dos dias de internamento em cuidados intensivos, mais dias de VMI, dificuldade no desmame ventilatório, aumento da pressão intra-abdominal, isquemia e perfuração intestinal, pseudo-obstrução do cólon, vômitos, demora no esvaziamento gástrico e intolerância à alimentação entérica, aspiração pulmonar e mau prognóstico comparativamente aos doente não obstipados (Vincent & Preiser, 2015; Guerra et al., 2015; Fukuda et al., 2016; Pérez-Sánchez et al., 2017; Prat et al., 2018).

A obstipação está muitas vezes associada a um aumento da necessidade de VMI, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, e conseqüente aumento da pressão intratorácica (Azevedo & Machado, 2013).

Smonig et al. (2016) encontraram inclusive associação da presença de *delirium* e a obstipação em doentes sob VMI, verificando um aumento da probabilidade da incidência de *delirium*, aquando da ausência de dejeções nos primeiros cinco dias de internamento numa UCI (Smonig et al., 2016).

Assim, face ao exposto, deve o enfermeiro especialista em EMC avaliar o doente, definir um diagnóstico de enfermagem (risco de obstipação; obstipação atual), planear um conjunto de intervenções individualizadas, e avaliar os resultados e o seu benefício para o doente (padrão de eliminação normal; obstipação diminuída).

Bem-estar e o autocuidado, o enfermeiro especialista deve intervir precocemente dentro das competências que lhe são reconhecidas, baseando a sua prática em evidência científica e responsabilizando-se pelas mesmas. O enfermeiro deverá satisfazer as demais necessidades terapêuticas que o doente apresente, sempre que o mesmo não tenha capacidade para o seu autocuidado. Devendo ainda referenciar para outros profissionais, nomeadamente a nutricionista para ajuste dietético face à necessidade de fibras ou ao médico para ajuste da hidratação e prescrição de laxantes.

Readaptação funcional, o enfermeiro especialista deve promover a independência do doente, proporcionando o seu levante precoce e ida à casa de banho, fornecer-lhe informação de forma a capacitá-lo para o seu autocuidado, nomeadamente da necessidade de ajuste dietético e hidratação, massagem abdominal, da posição adequada para evacuar, incentivando a não ignorar o ato de defecação.

Organização dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro especialista em EMC deve assumir um papel dinamizador no processo de melhoria contínua dos cuidados incluindo a formação, registar e apelar ao registo de todos os dados que ache pertinente, maximizar a eficácia dos cuidados prestados através da priorização e organização dos cuidados e da avaliação do rácio enfermeiro/doente.

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, apesar das IACS serem transversais a todos os doentes institucionalizados, o doente crítico internado em UCI apresenta maior suscetibilidade, inclusive para infeções causadas por microrganismos multirresistentes, quer seja pelos múltiplos procedimentos invasivos a que é sujeito, quer pelo uso de antibióticos ou gravidade do estado clínico (Coelho & Cunha, 2020). Em 2017, 8,3% dos doentes com internamento superior a dois dias em UCI apresentou uma IACS, nomeadamente pneumonia, INCS e infeção urinária (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2019). Face ao exposto e conforme descrito anteriormente, múltiplas são as complicações associadas a quadros de obstipação, nomeadamente mais dias de internamento e necessidade de VMI, pelo que o doente crítico com quadro de obstipação poderá estar ainda mais vulnerável ao desenvolvimento de IACS, devendo o enfermeiro especialista adotar práticas que maximizem a prevenção e controlo de infeção, incluindo o cumprimento das PBCI.

Atendendo ao que foi referido, pode-se constatar que o tema sobre “o impacto da obstipação no doente crítico” enquadra-se na problemática da segurança e qualidade nos cuidados prestados. A escolha deste tema surge após o contacto com o serviço, nomeadamente após contacto com a equipa multidisciplinar, reunião informal com o enfermeiro orientador e gestor do serviço e os enfermeiros de referência, inexistência de um protocolo no âmbito da prevenção e resolução de quadros de obstipação, e a falta de dados estatísticos sobre a incidência de obstipação nos doentes internados na UCIP 2.

A equipa de enfermagem apresentava sensibilidade para a elevada incidência de obstipação nos doentes internados na UCIP 2, contudo não existem dados estatísticos que o comprovem, apesar de ser registado em notas de enfermagem o padrão de eliminação do doente em cada turno, não há um tratamento estatístico dos dados.

Para validar a pertinência do tema, foram utilizados vários instrumentos de diagnóstico, nomeadamente: entrevista não estruturada, aplicação de um questionário e o método de análise de situação *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT).

A entrevista não estruturada foi realizada com o enfermeiro gestor e o supervisor de estágio, enfermeiros de referência e o diretor clínico, tendo sido apresentado o tema do projeto e a sua pertinência.

Os questionários foram aplicados a todos os enfermeiros que integram a equipa de enfermagem da UCIP 2 e que aceitaram o consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice I), com o intuito de caracterizar a equipa a nível sociodemográfico, aferir a pertinência do tema em estudo e o conhecimento sobre a temática. A sua aplicação foi submetida previamente a aprovação pelo CH, tendo parecer positivo a 12 agosto de 2021 pelo comité de ética e 26 agosto 2021 pelo conselho de administração (anexo I). Foram definidos como critérios de exclusão: a não aceitação do consentimento informado, desistência do estudo em qualquer momento e questionários preenchidos por profissionais que não sejam enfermeiros.

O questionário foi anónimo e confidencial, de autopreenchimento, constituído por questões de resposta fechada, elaboradas com uma linguagem simples de forma a ser de fácil compreensão ao entrevistado (apêndice II). A sua participação foi livre, esclarecida e consentida, podendo o participante desistir em qualquer momento, não apresentando qualquer prejuízo para o mesmo. Os riscos inerentes à participação estão relacionados apenas com o incómodo eventualmente provocado

e com o tempo despendido para o preenchimento do questionário. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao sistema informático IBM SPSS Statistics 24®.

Assim, dos 38 enfermeiros atualmente a desempenhar funções na UCIP 2, duas enfermeiras encontravam-se ausentes do serviço por tempo prolongado por motivo de licença de maternidade. Dos restantes 36 enfermeiros, 26 enfermeiros aceitaram responder ao questionário de forma livre e esclarecida, correspondendo a 72,2% da equipa de enfermagem. Desconhecem-se as causas que levaram os restantes enfermeiros a não responder ao questionário.

Os enfermeiros respondentes são relativamente novos e do género feminino (61,35%). Apresentaram idades compreendidas entre os 30 e os 58 anos de idade, com uma média de 36,96 anos. Relativamente à experiência profissional, verifica-se que prestam cuidados há mais de cinco anos, com uma variação entre os 6 e os 35 anos, apresentando em média 14 anos e oito meses de experiência ($\mu=14,65$ anos). Na sua maioria, apresentam mais de cinco anos de trabalho em contexto de cuidados intensivos, apenas 23% dos enfermeiros apresentam experiência inferior aos cinco anos (6/26). Em média, os enfermeiros respondentes apresentaram oito anos e sete meses de experiência ($\mu=8,62$ anos) em contexto de cuidados intensivos, variando entre um e os vinte anos, conforme pode ser observado no gráfico 1.

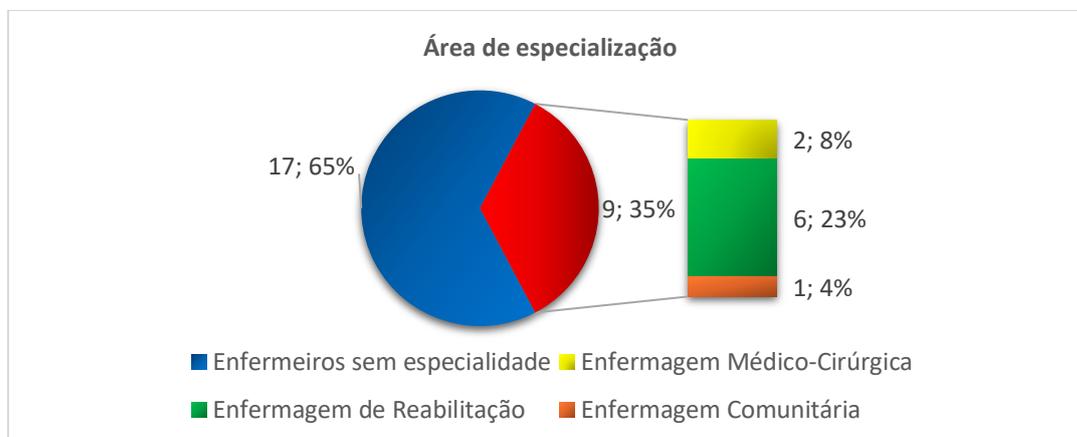
Gráfico 1: experiência profissional dos enfermeiros respondentes



Fonte: os questionários.

Dos enfermeiros respondentes, 34,6% são detentores de uma especialidade de enfermagem (n=9), maioritariamente são especialistas em enfermagem de reabilitação (gráfico 2).

Gráfico 2: título de especialidade



Fonte: os questionários.

Como pode ser observada na tabela 3, no que respeita à definição de obstipação, 23,1% dos enfermeiros respondentes afirmaram que apenas se considera obstipação quando da ausência de dejeções superiores a uma semana. Na sua maioria, os enfermeiros têm conhecimento que a obstipação é causada pela administração de medicação vasoativa (86,4%) e que a medicação opioide diminui a motilidade intestinal, bem como as secreções intestinais (86,4%). A totalidade dos enfermeiros têm a noção que os quadros de obstipação dificultam o desmame ventilatório e 73,1% considera que a obstipação está relacionada com o mau prognóstico. No que respeita à tolerância à nutrição entérica, apenas um enfermeiro não reconheceu que a obstipação agrava a intolerância nutricional.

Tabela 3: conhecimento sobre o impacto da obstipação no doente crítico

	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
Considera-se obstipação ausência de dejeções superior a 1 semana.	6	23,1%	20	76,9%
Drogas vasoativas podem causar obstipação.	22	86,4%	4	15,4%
Os opioides aumentam a motilidade intestinal, e as secreções intestinais.	4	15,4%	22	86,4%
Quadros de obstipação facilitam o desmame ventilatório.	-	-	26	100%
A obstipação está relacionada com o mau prognóstico do doente.	19	73,1%	7	26,9%
Obstipação agrava a intolerância a nutrição entérica.	25	96,2%	1	3,8%

Fonte: os questionários.

Quando questionados se consideravam pertinente a formação em serviço sobre a prevenção e tratamento de quadros de obstipação, todos os enfermeiros responderam afirmativamente (n=26; 100%). Observa-se assim, que os enfermeiros respondentes, apesar de terem respondido incorretamente a algumas questões, manifestam interesse por esta temática.

A análise SWOT é uma ferramenta utilizada com o intuito de analisar um projeto ou empresa, identificando fatores internos e externos que podem facilitar ou dificultar o alcance de um objetivo e com representação gráfica numa matriz. SWOT é a sigla que define (S) *Strengths* - (pontos fortes), (W) *Weaknesses* – pontos fracos, (O) *Opportunities* – oportunidades e (T) *Threats* – ameaças (Hofrichter, 2020). Desta forma, face à temática foram agrupados os aspetos negativos e positivos que possam comprometer ou auxiliar, respetivamente, o desenvolvimento do projeto de intervenção profissional no âmbito do impacto da obstipação no doente crítico, como pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1: análise SWOT

		Internas			
Positivas	Pontos fortes	<ul style="list-style-type: none"> Tema apoiado pelo enfermeiro gestor e orientador; Apoiado pelo diretor clínico; 100% da equipa de enfermagem considera pertinente a realização de formação nesta área; Atualização de conhecimento à equipa de enfermagem; Área de interesse e motivação pessoal; Consolidar conhecimentos sobre a temática; Impulsionar o desenvolvimento de um protocolo ou instrução de trabalho no âmbito da prevenção e tratamento da obstipação. 	Pontos Fracos	<ul style="list-style-type: none"> Provável resistência da equipa à mudança de comportamentos; Desmotivação da equipa, face à carga laboral e exaustão sentida pelos profissionais; Dificuldade na adesão da equipa à formação em serviço; Não consentimento pelo conselho de administração ou comité de ética do CH; Formação insuficiente nesta área; Inexistência de um protocolo na UCIP 2 acerca da prevenção e tratamento de obstipação no doente crítico; Falta de dados estatísticos sobre a incidência da obstipação na UCIP2. 	Negativas ou potencialmente negativas
	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir para o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico com obstipação; Melhoria dos cuidados de enfermagem; Melhores ganhos em saúde associados ao diagnóstico e intervenção precoce; Contributo para o conhecimento científico. 	Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades logísticas para o desenvolvimento da formação em serviço, face à situação pandémica. 	
		Externas			

Fonte: adaptado de Hofrichter (2020, p. 4)

Da análise efetuada, salienta-se a importância dos aspetos facilitadores como adjuvantes para a execução deste projeto, dando especial relevância ao contributo na melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem transformando-se em ganhos em saúde, bem como pelo contributo ao desenvolvimento de conhecimento científico e interesse manifestado pelos enfermeiros.

Face ao exposto, foi considerado como problema a inexistência de um protocolo hospitalar na prevenção e tratamento de quadros de obstipação, inexistência de dados estatísticos acerca do impacto da obstipação na condição de saúde do doente crítico e défice de formação em serviço no âmbito desta temática.

Após a identificação de um problema ao qual se pretende intervir, é importante definir os objetivos e as respetivas medidas de resultado, podendo seguir a metodologia SMART - (S) *Smart* – específico, onde o objetivo determina um resultado específico, (M) mensurável, (A) apropriado, realista e alcançável, (R) relevante, enquadrando-se na generalidade do projeto e (T) tempo limitado, sendo clarificado o prazo para o seu alcance (OE, 2020).

A presença de quadro de obstipação é o ponto-chave da concretização deste projeto, porém tendo em consideração os problemas identificados, foi definido como objetivo geral, compreender o impacto de obstipação no doente crítico. Como objetivos específicos, foram definidos:

- Elaborar uma scoping review o impacto da obstipação no doente crítico;
- Realizar um estudo retrospectivo, analítico, observacional e transversal sobre o impacto da obstipação nos doentes internados no primeiro semestre de 2021, em UCIP onde decorreu o estágio;
- Realizar formação em serviço sobre o impacto da obstipação no doente crítico.

No projeto de aquisição de competências foi proposto realizar um protocolo de prevenção e tratamento de obstipação no doente crítico, bem como a realização de um folheto de consulta rápida sobre o eventual protocolo. Apesar de inexistente no serviço e reconhecida a importância pela equipa de enfermagem e pelo enfermeiro gestor e orientador, a sua realização foi limitada posteriormente pelo diretor clínico.

Nas duas primeiras semanas de estágio foi elaborado o projeto de aquisição de competências, servindo como guia orientador na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de EMC-PSC e mestre em enfermagem. Posteriormente, foi desenvolvido o projeto de intervenção profissional. Ambos foram aprovados pelo enfermeiro orientador e pelo docente orientador.

O projeto de intervenção profissional, contemplou a necessidade de aplicabilidade do inquérito aos enfermeiros, como a scoping review e a realização do estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação aos doentes internados em cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021.

Para dar início à investigação, o referido projeto foi submetido à unidade de apoio à investigação do CH, tendo sido aprovado a 12 agosto de 2021 pelo comité de ética e 26 agosto 2021 pelo conselho de administração do CH, conforme pode ser observado no anexo I.

Em ambos os projetos (projeto de aquisição de competências e projeto de intervenção profissional) foram realizados uma calendarização das várias intervenções a desenvolver, ao qual houve a necessidade de se realizar ajustes face à data de aprovação do projeto pelo CH.

Com base nos objetivos elucidados anteriormente, optou-se por apresentar em conjunto as últimas quatro fases da metodologia projeto (planeamento, execução, avaliação e divulgação). Assim, considerando cada objetivo individualmente, serão apresentadas as estratégias e atividades a desenvolver, os recursos materiais, humanos e tecnológicos necessários, o trabalho desenvolvido, os indicadores de avaliação, em que concomitantemente será realizada análise reflexiva sobre cada objetivo e a forma de divulgação utilizada, para além da concretização do presente relatório.

2.3.2. Impacto da obstipação no doente crítico: scoping review

Face ao primeiro objetivo, elaborar uma scoping review sobre o impacto da obstipação no doente crítico, e com o intuito de o concretizar, foram planeadas as seguintes estratégias e atividades a desenvolver:

- Desenvolvimento da questão de investigação e respetivas palavras-chaves;
- Pesquisa eletrónica nas bases de dados, utilizando as palavras-chave definidas;
- Análise e seleção de artigos pertinentes à problemática, tendo em consideração a validade e qualidade metodológica dos estudos, e a pergunta de investigação desenvolvida;
- Leitura integral dos artigos selecionados;
- Redação da revisão;
- Publicação do artigo.

Recursos Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, internet, acesso às bases de dados, bibliografia diversa.

Constantemente os enfermeiros tomam decisões, que são baseados em conhecimento. O conhecimento permite ao enfermeiro aumentar a “habilidade para discernir, associar, refletir e tomar as melhores decisões” (Nunes, 2018, p. 155). A teoria é importante para justificar a prática, sendo a teoria de enfermagem utilizada para perceber a resposta da pessoa a uma determinada intervenção de enfermagem (Nunes, 2018).

A procura de evidência pode dever-se à necessidade de o enfermeiro fundamentar uma alteração da prática, uma escolha em concreto num leque variado de opções ou ponderar os custos associados a um tratamento específico e não simplesmente indicar novos dados (ICN, 2012).

Face ao supramencionado, e com o objetivo mapear a evidência disponível sobre os efeitos da obstipação na saúde do doente crítico, foi realizada uma *scoping review* com base nos critérios definidos pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Munn, JBI Manual for Evidence Synthesis, 2020; Soares, et al., 2014). A escolha desta metodologia em detrimento de outra, deveu-se à escassa bibliografia, permitindo assim integrar um maior número de estudos possível.

Para dar início à revisão, foi definida a seguinte pergunta com base na estratégia PCC: qual a evidência disponível sobre os efeitos da obstipação na saúde do doente crítico internado em cuidados intensivos e a eventual influência no tempo de internamento, na mortalidade, da e na ventilação mecânica, nos dias de internamento, da nutrição entérica, e outras medidas de tratamento?

A pesquisa eletrónica foi realizada em agosto de 2021, com recurso ao motor de busca EBSCOhost, tendo sido utilizado palavras-chave validadas como descritores em saúde (DeCS, 2017) e operadores booleanos, conforme a sequência: “Constipation” “AND” “Critical Care” “AND” “Patients” “NOT” “Child*” “NOT “Animals”.

Foram apurámos 330 estudos, que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e verificada a qualidade metodológica conforme as grelhas de avaliação crítica do JBI, foram selecionados 5 estudos, tendo os mesmos sido publicados de 2018 a 2021.

A presente revisão foi relevante para evidenciar a importância da deteção precoce da obstipação, da realização da massagem abdominal como forma preventiva e tratamento da obstipação e da gestão do tratamento farmacológico e não farmacológico, pelo que o enfermeiro assume um papel relevante, enquanto profissional de proximidade e detentor de competências específicas no âmbito da prevenção, deteção e tratamento da obstipação no doente crítico.

Indicadores de avaliação: apresentação da scoping review ao docente orientador.

A medicina baseada em evidência utiliza a melhor evidência disponível para responder a dúvidas clinicamente pertinentes, sendo uma forma crítica de aperfeiçoamento do exercício dos sistemas de saúde, analisando a literatura científica de forma criteriosa (ICN, 2012; Sousa et al., 2018; OE, 2020).

Face ao exposto, a realização da scoping review sobre o impacto da obstipação no doente crítico, permitiu adquirir conhecimentos sobre esta problemática, que sustentaram a elaboração do projeto de intervenção profissional. Desta forma, assume-se que o objetivo foi atingido na sua plenitude.

A scoping review, para além de estar sintetizada no presente relatório, foi submetida para publicação na revista ibero-americana da saúde e envelhecimento (RIASE), tendo sido aceite para publicação (*vide* resumo do artigo submetido para publicação no apêndice III).

2.3.3. Estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação nos doentes internados numa UCI

Com o intuito de executar o objetivo 2, realizar um estudo retrospectivo, analítico, observacional e transversal sobre o impacto da obstipação nos doentes internados no primeiro semestre de 2021, em UCI onde decorreu o estágio, foram planeadas as seguintes estratégias e atividades:

- Realização da pesquisa bibliográfica;
- Consulta dos processos clínicos no sistema informático B-ICU.CARE®;
- Realização da colheita de dados clínicos, garantindo a confidencialidade e a devida codificação;
- Elaboração da base de dados no sistema informático IBM SPSS Statistics 24®;
- Introdução dos dados na base de dados;
- Tratamento estatístico dos dados com recurso ao sistema IBM SPSS Statistics 24®;
- Compilação e discussão dos dados obtidos;
- Publicação do estudo em forma de artigo.

Recursos Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, internet, sistema informático IBM SPSS Statistics 24®, processos clínicos introduzidos no sistema informático B-ICU.CARE®, bibliografia pesquisada nas bases de dados.

A investigação em enfermagem assume um papel importante no incremento de conhecimento, obedecendo a um processo sistematizado, científico e rigoroso que contribui significativamente para o desenvolvimento científico (OE, 2006). “A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados em saúde em todo o mundo” (ICN, 2012, p. 7).

O ICN priorizou algumas áreas de investigação em enfermagem, salientando a área da saúde, da doença e da prestação de cuidados, destacando a força de trabalho dos enfermeiros, a prestação de cuidados à população, o custo efetivo e a qualidade dos cuidados (ICN, 2012).

Face à sensibilidade demonstrada pela equipa de enfermagem da UCIP 2 no que respeita à elevada incidência de obstipação nos doentes internados neste serviço, foi realizado um estudo observacional retrospectivo, analítico e transversal, com o objetivo de entender o impacto da obstipação nos doentes críticos internados em cuidados intensivos na unidade onde decorreu o estágio final.

O padrão de eliminação, é registado pelo enfermeiro responsável pelo doente em notas de enfermagem. Contudo, face à inexistência de dados estatísticos, o presente estudo foi realizado com o intuito de responder à seguinte pergunta de investigação: «Qual o impacto da obstipação nos doentes internados na unidade de cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021, num centro hospitalar do sul do país?».

Foi empregue uma técnica de amostragem não probabilística acidental, tendo sido incluídos todos os doentes com 18 ou mais anos de idade, internados em contexto de cuidados intensivos de 1 janeiro a 30 junho de 2021, em contexto de cuidados intensivos num centro hospitalar do sul de Portugal. Foram excluídos todos os doentes internados com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, por provocar, frequentemente, sintomas de diarreia (Sultan et al., 2020) ou intervencionados cirurgicamente ao tubo digestivo ou com lesão medular, pelo seu efeito direto no padrão intestinal.

A colheita de dados, foi realizada com recurso à consulta do processo clínico do doente, preenchendo uma folha preparada previamente pelo investigador, onde estão incluídas todas as variáveis do estudo (apêndice IV).

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa informático IBM SPSS Statistics 24®, tendo sido utilizada estatística descritiva e testes de hipóteses (paramétricos e não paramétricos), assumindo-se um nível de significância a 5% para a rejeição da hipótese nula (Pestana & Gagueiro, 2008; Oliveira A. G., 2009). Não foi colhido qualquer informação identificativa do participante, salvaguardando-se o anonimato, confidencialidade e privacidade do mesmo.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo comité de ética e pelo conselho de administração do CH onde o mesmo decorreu (anexo I). Não foram identificados conflitos de interesse, e nem foi auferido qualquer tipo de financiamento para a realização do mesmo.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos no estudo 73 doentes, correspondendo à totalidade da população. Maioritariamente, foram doentes do género masculino e mais novos comparativamente às mulheres. No que respeita à presença de obstipação, foi possível observar elevada incidência, tendo sido possível verificar que alguns doentes não evacuaram durante todo o tempo que permaneceram internados na unidade. Os fármacos laxantes frequentemente prescritos e administrados foram a lactulose, bisacodilo e o sene.

Verificou-se que os doentes obstipados, tendencialmente apresentaram mais dias de internamento e de ventilação mecânica invasiva, contudo não foi possível verificar se a obstipação foi o fator determinante para este facto. Foi possível ainda de observar que os doentes sob nutrição entérica, apresentaram um risco aumentado de desenvolver obstipação, face aos doentes em pausa alimentar ou com dieta oral.

O presente estudo salientou a importância do papel do enfermeiro na deteção precoce da obstipação e na gestão terapêutica como forma preventiva e resolutive da obstipação. Assumindo um papel preponderante no que respeita à satisfação das necessidades do doente, nomeadamente na sua incapacidade de satisfação do autocuidado, incluindo a eliminação.

Indicadores de avaliação: elaboração do estudo retrospectivo, analítico, observacional e transversal sobre o impacto da obstipação nos doentes internados no primeiro semestre de 2021, em cuidados intensivos na unidade hospitalar onde decorreu o estágio.

O estudo iniciou-se aquando da elaboração do projeto de investigação e do formulário da colheita de dados submetidos para aprovação ao CH, bem como pela construção da base de dados no sistema informático. Houve necessidade de ajuste no cronograma, pela autorização ter decorrido após a data

prevista, pelo que a colheita de dados foi realizada na primeira semana de setembro 2021, a introdução de dados e respetivo tratamento estatístico na semana seguinte. Assim, entende-se que o objetivo foi atingido na sua plenitude.

O estudo retrospectivo, para além de estar resumido no presente relatório, foi revisto e validado pelo professor orientador, sendo submetido em forma de artigo na revista de enfermagem Referência, aguardando revisão (*vide* resumo do artigo submetido para publicação no apêndice V). Aquando da sua publicação, será entregue ao enfermeiro gestor do serviço, bem como à unidade de apoio à investigação do CH. Existiu ainda oportunidade de divulgação em forma de póster no V congresso internacional de enfermagem médico-cirúrgica (apêndice VI) que decorreu no centro de artes e espetáculos da Figueira da Foz, de 25 a 27 de outubro de 2021 (anexo II).

2.3.4. Formação em serviço sobre o impacto da obstipação no doente crítico

Com o intuito de concretizar o último objetivo do projeto de intervenção profissional, realizar formação em serviço sobre o impacto da obstipação no doente crítico, foram delineadas as seguintes estratégias:

- Planeamento da sessão de formação;
- Elaboração do plano pedagógico da sessão;
- Elaboração de uma apresentação, com recurso ao Microsoft PowerPoint® como suporte à formação;
- Elaboração do questionário de avaliação da sessão de formação;
- Agendamento da sessão formativa com a enfermeiro gestor e orientador, enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Divulgação da calendarização da sessão de formação junto da equipa de enfermagem;
- Realização da sessão de formação sobre o impacto da obstipação no doente crítico, e apresentação do respetivo estudo retrospectivo;
- Avaliação da sessão de formação.

Recursos Humanos: docente orientador, enfermeiro orientador, enfermeiro responsável pela formação em serviço, equipa de enfermagem, técnico de informática.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, internet, Microsoft Word®, Microsoft PowerPoint®, Microsoft Teams®, WhatsApp®, Google forms®, Canva®, sala de formação da UCIP 2.

A formação dos profissionais de saúde é um dos fatores condicionantes ao ambiente seguro (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021). Assim, foi planeada uma sessão de formação, com o intuito de consciencializar a equipa para a temática e apresentar os resultados obtidos no estudo efetuado.

Na fase do planeamento da sessão de formação foi elaborado o plano pedagógico da sessão, onde consta a temática, o local e hora a realizar, a duração, os objetivos, conteúdos, os recursos pedagógicos, metodologia utilizada e a bibliografia de referência, como pode ser observado no apêndice VII.

A calendarização da sessão formativa foi realizada em conjunto com o enfermeiro gestor e orientador e enfermeiro responsável pela formação em serviço, tendo em consideração não coincidir com outras atividades a serem desenvolvidas no serviço.

A sua divulgação foi realizada formalmente por via e-mail e afixação de cartaz informativo na sala de pessoal (apêndice VIII), e informalmente pelo enfermeiro orientador no grupo privado à equipa de enfermagem com recurso ao aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp®. Como suporte à realização da sessão de formação, foi elaborado um conjunto de diapositivos com recurso ao Microsoft PowerPoint®.

A sessão de formação ocorreu no dia 7 outubro de 2021, presencial na sala de formação da UCIP 2, e online através da plataforma Microsoft Teams® (anexo III). Relativamente aos conteúdos abordados, optou-se por realizar uma pequena síntese da anatomofisiologia do tubo digestivo; definir o conceito de obstipação e explicitar a sua etiologia; esclarecer acerca do diagnóstico de obstipação e das medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico que podem ser instituídas; consciencializar sobre o impacto da obstipação e divulgar os resultados do estudo retrospectivo. Durante a sessão de formação, foi disponibilizado tempo para que os formandos expusessem a sua opinião e dúvidas, às quais foram esclarecidas.

Indicadores de avaliação: Realização da formação em serviço e divulgação dos resultados do estudo a pelo menos 50% da equipa de enfermagem.

Como anteriormente referido, a sessão de formação decorreu no início de outubro, via online e presencialmente, com o intuito de obter maior adesão. Estiveram presentes 20 enfermeiros, correspondendo 57,14% (20/35). É de salientar que no dia da formação, dos 37 enfermeiros que integram a equipa, 10 enfermeiros encontravam-se ausentes do serviço, 8 por motivos de férias e 2 por ausência prolongada na sequência de licenças de maternidade, podendo justificar a adesão.

Como referido anteriormente, a formação integrou conteúdos que permitiram sensibilizar a equipa para a problemática da obstipação no doente crítico, e concomitantemente divulgar os resultados do estudo retrospectivo, revelando a elevada incidência de obstipação, o que vai de encontro com a sensibilidade demonstrada pela equipa de enfermagem. Assim, e conforme o exposto, assume-se que o objetivo foi atingido na sua totalidade.

No final da sessão de formação foi solicitado aos enfermeiros que preenchessem um questionário anónimo acerca da avaliação da sessão de formação, composto por duas partes, uma referente à aquisição de conhecimento sobre pontos-chave desta temática e outro relativo à satisfação do formando e avaliação do formador (apêndice IX).

O questionário de avaliação foi disponibilizado informaticamente com recurso ao Google forms® e em papel, porém os enfermeiros apenas aceitaram responder informaticamente. Dos 20 enfermeiros que assistiram à sessão de formação, apenas 11 enfermeiros responderam ao questionário, motivo pelo qual os resultados não traduzem no seu todo a sessão de formação.

Pela análise dos resultados constantes na tabela 4, percebe-se que de uma forma geral, os enfermeiros que responderam ao questionário compreenderam a definição de obstipação, uma vez que 81,8% consideraram falsa a questão 1. De igual forma, compreenderam que a obstipação influencia quer o tempo de VMI, como o prognóstico do doente, podendo a massagem abdominal ser aplicada nos doentes críticos obstipados.

A consciencialização de que a massagem abdominal é segura no doente crítico, podendo ser aplicada no doente obstipado, é importante, visto tratar-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, dependendo apenas da sua avaliação, planeamento e intervenção.

Observou-se ainda que os enfermeiros entenderam a influência dos opioides a nível da motilidade gástrica, como nas secreções intestinais. O entendimento para este facto assume particular

importância, uma vez que a medicação analgésica de eleição na UCIP 2 é o fentanil, conforme o protocolo de sedação, analgesia e *delirium* instituído (Pires, 2018).

Tabela 4: resultados da avaliação da sessão de formação – conhecimentos

Questões	Verdadeiro		Falso	
	n	%	N	%
1	2	18,2%	9	81,8%
2	-	-	11	100%
3	2	18,2%	9	81,8%
4	9	81,8%	2	18,2%
5	-	-	11	100%

Fonte: os questionários.

No que respeita à avaliação da sessão de formação e do formador, pode-se constatar através da análise dos resultados sintetizados na tabela 5, que a maioria dos enfermeiros considerou a sessão de formação de uma forma geral como muito boa (54,5%) ou excelente (36,4%), tendo a mesma indo de encontro com as necessidades formativas sentidas.

Tabela 5: resultados da avaliação da sessão de formação – avaliação da sessão e formador

Questões	Respostas									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	-	-	-	-	1	9,1%	4	36,4%	6	54,5%
2	-	-	-	-	1	9,1%	8	72,7%	2	18,2%
3	-	-	-	-	1	9,1%	4	36,4%	6	54,5%
4	-	-	-	-	-	-	5	45,5%	6	54,5%
5	-	-	-	-	-	-	4	36,4%	7	63,6%
6	-	-	-	-	1	9,1%	6	54,5%	4	36,4%

Legenda: 1- Fraca; 2 – Satisfatória; 3 – Boa; 4 - Muito Boa; 5 – Excelente

Fonte: os questionários.

Pôde-se ainda verificar, que os enfermeiros consideraram terem sido atingidos os objetivos propostos e que os conteúdos foram adequados, tendo o formador demonstrado denominar o tema e ter utilizado linguagem clara e assertiva.

No questionário, foi disponibilizada uma questão aberta acerca de sugestões de melhoria, contudo a mesma não obteve qualquer resposta.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

No presente capítulo pretende-se realizar uma análise reflexiva sobre a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, bem como as de mestre em enfermagem. O projeto de aquisição de competências foi delineado no início de estágio e o projeto de intervenção profissional foi assumido como guia orientadores para esse processo, como para a reflexão, através dos objetivos e intervenções neles inscritos.

A evolução tecnológica e científica, quer seja no diagnóstico ou tratamento, exige maior especialização por parte do enfermeiro (Benner, 1982; OE, 2017). Apesar da evolução tecnológica em muitos outros sectores ter substituído as pessoas no trabalho, os cuidados de saúde pela sua especificidade, são maioritariamente garantidos por profissionais (Lopes et al., 2018).

Conforme o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, os cuidados de enfermagem, não são exceção aos cuidados de saúde, assumindo elevada exigência técnica e científica, “sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019).

Os enfermeiros são um elemento-chave nos sistemas de saúde, pelo que é justificado o investimento que é realizado na sua especialização e diferenciação, uma vez que asseguram parte significativa dos cuidados de saúde (Lopes et al., 2018). Um aumento do rácio de enfermeiros especialistas, reduz a taxa de mortalidade em 2% ajustada aos 30 dias de internamento, bem como aumenta a satisfação das pessoas relativamente aos cuidados que recebem (Lopes et al., 2018), traduzindo-se em ganhos em saúde.

Os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico, para além de cuidados altamente especializados, são intelectualmente exigentes, impondo aos enfermeiros a necessidade de pensamento crítico e respostas rápidas com pouca margem para erro. O desenvolvimento de conhecimentos no âmbito do doente crítico exige uma aprendizagem relacionada com a experiência e com o pensamento que decorre da reflexão de uma ação concreta, depreendendo o uso do conhecimento em situações específicas (Benner et al., 2011).

No decurso do mestrado em enfermagem, foi possível adquirir conhecimentos científicos que se mostraram importantes no decorrer do estágio final e culminaram no desenvolvimento de competências. As competências são compreendidas por um elenco de conhecimentos associados a

experiências práticas, que deverão ser mobilizados em conjunto com as atitudes e os recursos externos em situações concretas e específicas (MCEEMC, 2017).

As competências do enfermeiro especialista estão reguladas pela OE, existindo competências comuns a qualquer enfermeiro especialista, e competências específicas inerentes a cada área de especialização de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018). Ao enfermeiro especialista em EMC ser-lhe-ão reconhecidas competências para prestar cuidados à PSC, bem como em situações de exceção e catástrofe.

O presente mestrado, com especialização de EMC-PSC, tem como objetivo garantir uma especialização profissional associada a uma componente teórico-prática, direcionada à resolução de problemas nas mais variadas situações da prática clínica, atuar a nível da governação clínica, promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados e contribuir para o desenvolvimento da disciplina, tendo como auxílio a investigação, a prática baseada em evidência e os referenciais deontológicos e éticos (Freitas et al., 2017).

Assim, no presente capítulo será realizada uma análise reflexiva acerca do processo formativo. Apesar do enfoque incidir no estágio final, serão analisadas outras atividades e estratégias decorrentes da experiência profissional e pessoal que incursão na justificação das competências adquiridas.

Estando as competências de mestre interrelacionadas com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, estas serão apresentas em conjunto sempre que se justifique a sua pertinência.

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

As competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização e incidem no domínio da “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019).

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 respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de mestre

b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos;

O direito à saúde é um direito social fundamental garantido no artigo 64º da constituição da república portuguesa, salvaguardado novamente pela lei de bases da saúde, base 1 – direito à proteção da saúde e garantindo através de um serviço nacional de saúde, acautelando o acesso de todos os cidadãos aos cuidados e saúde (Constituição da República Portuguesa, aprovado pelo Decreto Lei de 10/04 de 1976, na redação que lhe foi dada pela Lei constitucional n.º 1/2005 de 12 Agosto 2005; Lei de Bases da Saúde, aprovado pelo Decreto de Lei Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na redação que lhe foi dada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro).

A UCI é detentora de um conjunto de situações complexas que exigem ao enfermeiro especialista a demonstração de uma conduta com base no respeito pelos direitos humanos e princípios éticos-deontológicos e a tomada de decisão fundamentada na evidência científica e preferências do doente (Regulamento n.º 140/2019 - Diário da República N.º 26/2019, série II de 6 fevereiro de 2019, 2019). Assim, a unidade curricular ética, deontologia e direito revelou ser de extrema importância, uma vez que proporcionou uma análise reflexiva sobre documentos importantes que regem a profissão, nomeadamente o regulamento do exercício profissional do enfermeiro e o código deontológico.

No início do estágio houve a necessidade de rever estes documentos, bem como a carta dos direitos humanos, tendo sido a prestação de cuidados de enfermagem regida por estes referenciais. A prestação de cuidados teve em consideração os princípios éticos, o princípio da beneficência com o intuito de proporcionar o melhor benefício para o doente, o princípio da não maleficência evitando causar danos, o princípio da justiça garantindo equidade de cuidados face às diferenças que cada pessoa apresenta, e o princípio do respeito pela autonomia, honrando a liberdade de decisão que a pessoa é detentora (OE, 2015b).

Assim, foi considerada a autodeterminação do doente, bem como a sua tomada de decisão, respeitando valores, crenças espirituais e costumes do doente e da sua família. Houve a oportunidade, conjuntamente com a equipa multidisciplinar e com o doente, refletir quanto à sua tomada de decisão. Um exemplo que reflete tal situação foi a necessidade de um doente (doravante designado por Sr. C.) infetado por SARS-CoV-2 ser posicionado em decúbito ventral.

As evidências demonstram que o decúbito ventral no tratamento do doente com síndrome de dificuldade respiratória na sequência de infeção por SARS-CoV-2 permite uma melhoria sintomatológica da dispneia, melhoria dos parâmetros ventilatório e gasométricos, facilitando desta forma a recuperação, com impacto positivo nos dias de internamento e redução da mortalidade quer aos 28, como aos 90 dias (Mota et al., 2020).

O Sr. C. apresentava-se consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, apesar de apresentar rácio de PO_2/FiO_2 de 150, sendo indicativo de insuficiência respiratória grave, não manifestando sinais de confusão associados à hipoxemia. O Sr. C. apresentava dispneia, com respiração predominante abdominal, com recurso aos músculos acessórios, e saturação periférica de oxigénio de 92%, sob oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal, com fluxo de 60 litros por minuto (l/min), FiO_2 100% e temperatura a 37°C. A equipa multidisciplinar explicou quer os benefícios, como os malefícios inerentes ao decúbito ventral, e a sua relevância na sua melhoria clínica, porém o Sr. C. recusou, havendo necessidade posteriormente de entubação orotraqueal e conectar a prótese ventilatória, sob o seu consentimento prévio e esclarecido. Face ao exposto, a opinião e decisão do doente foram tidos em consideração e respeitados quanto à recusa do seu tratamento inicial.

Importa referir, que o foco do enfermeiro especialista não é apenas o doente, mas também a sua família. Houve uma situação em particular, de uma jovem portadora de síndrome de Down, infetada por SARS-CoV-2, em que foi permitida a visita da família, bem como a mesma deixar um objeto significativo (boneco) com a doente, o que demonstra a envolvimento de toda a equipa num processo de cuidar holístico e não exclusivamente baseado num modelo biomédico, o enfermeiro é o elemento-chave para promover os cuidados centrados no doente e na sua família.

Durante o tempo de inexistências de visitas, a unidade disponibilizou um telemóvel e permitiu aos doentes terem o seu próprio telemóvel, com o intuito de encurtar a distância entre o doente e a sua família.

Transpondo o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao projeto desenvolvido, é importante salientar que o estudo retrospectivo observacional sobre o impacto da obstipação no doente crítico, teve a devida autorização do comité de ética e do conselho de administração do CH e posteriormente, ter-se-á dado início à consulta dos processos clínicos e aplicação dos questionários aos enfermeiros.

Toda a informação que direta ou indiretamente esteja relacionada com a saúde da pessoa é da propriedade do próprio, sendo a instituição o fiel depositário. O acesso à informação apenas pode ser utilizado na prestação de cuidados ou para fins de investigação, devendo neste último caso ser concedido primeiramente o acesso, e garantido a confidencialidade e o anonimato (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro na sua versão atual Lei n.º 26/2016 de 22 de Agosto - Informação genética pessoal e informação de saúde).

Como referido anteriormente, foi garantido o anonimato, a confidencialidade e a privacidade, não tendo sido colhido qualquer dado identificativo do doente, no que respeita ao nome, morada ou data de nascimento, ficando os impressos de colheita de dados à guarda do investigador, em local seguro e de acesso restrito. Desta forma, entende-se que a competência A no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi desenvolvida.

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

c) Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados.

O domínio da melhoria contínua da qualidade, foca a atuação do enfermeiro especialista no âmbito da governação clínica, implementação de projetos de melhoria contínua e na gestão de ambientes seguros e promotores do bem-estar, centrados na pessoa (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019).

Ressalva-se assim a importância dos conteúdos lecionados no âmbito da unidade curricular de gestão em saúde e governação clínica, dos quais deu especial enfoque aos pilares basilares da governação clínica, nomeadamente a necessidade da centralidade e envolvimento do doente, na gestão do risco, auditoria clínica, dotação e gestão de recursos humanos, formação contínua e uso da informação para suportar a governação clínica e prestação de cuidados.

A ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados é uma realidade atual, alguns são evitáveis, pelo que a implementação de políticas e estratégias assume uma aposta das organizações, e originam ganhos em saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021).

“Dar visibilidade ao erro e às consequências de acidentes e eventos adversos resultantes dos cuidados de saúde contribui para a promoção de um sistema eficaz de segurança do doente e contribui igualmente para cuidados de saúde com mais qualidade” (CHU, 2020, p. 4).

O CH onde decorreu o estágio é detentor de um gabinete de qualidade e humanização dependente da comissão de qualidade e segurança, com a centralidade nos doentes, tendo como linha orientadora a segurança do doente através da implementação de projetos relacionados como a identificação positiva do doente e reconhecimento do risco, melhoria contínua dos processos relacionados com a prestação de cuidados, gestão da dor, cuidados humanizados, comunicação assertiva através de uma relação de confiança, informação ao doente e família necessária à tomada de decisão e a fidelização do doente à instituição (SPMS EPE, 2021d).

A segurança do doente tem assumido um papel preponderante na qualidade dos cuidados de saúde, tendo o CH definido áreas prioritárias de monitorização, nomeadamente, processo clínico, área cirúrgica, identificação segura do doente, área do medicamento e material de consumo clínico e contenção mecânica de doentes (Gracias, 2017).

O CH implementou simultaneamente um conjunto de procedimentos que conduzem à minimização do erro e aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados, como sendo dupla confirmação aquando da transfusão de hemoderivados, implementação de escala de Braden e escala de Morse a todos os doentes internados, identificação do risco inerente à infeção/colonização por microrganismos multirresistentes, justificação da manutenção de alguns dispositivos médicos (CVC e cateter urinário) e transmissão de informação conforme a metodologia ISBAR (I - Identificação, S - Situação atual, B - *Background*/Antecedentes, A – Avaliação, R- Recomendações).

A UCIP 2 não é exceção, pelo que estes procedimentos foram seguidos na prestação de cuidados. Diariamente foram preenchidas as escalas de Braden e a escala de quedas de Morse e conforme o risco identificado inerente a cada doente, foram delineadas intervenções individualizadas com o intuito de minimizar o desenvolvimento de úlceras por pressão, como da ocorrência de quedas.

A comunicação efetiva é imprescindível em toda prestação de cuidados, assumindo maior relevância na transição de cuidados, transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar ou na transferência de responsabilidade (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021). Durante a prestação de cuidados, foi aplicada a metodologia ISBAR na transmissão de informação oral na mudança de turno, como na forma escrita através da elaboração da história clínica no diário de enfermagem. A metodologia ISBAR permite a transmissão de informação de forma eficaz e uniformizada, devendo ser aplicada em qualquer momento vulnerável ou crítico da transição de cuidados, assumindo um papel prioritário (DGS, 2017; Conselho de Enfermagem, 2017).

Sempre que a transmissão de informação acontece oralmente, é recomendado a inexistência de interrupções (DGS, 2017). O momento da transmissão de informação é um momento privilegiado e respeitado pela equipa multidisciplinar, porém existiram alguns momentos de interrupções decorrentes de outras atividades na unidade.

Relativamente ao risco de infeção por microrganismos multirresistentes, todos os doentes admitidos na unidade foram avaliados conforme o protocolo instituído e de acordo com o cumprimento dos critérios, foram instituídas medidas adicionais baseadas na via de transmissão (contacto, via área ou por gotículas), para além das precauções básicas de controlo de infeção.

A reflexão relacionada com a segurança do doente incide na notificação de incidentes e na auditoria, devendo esta prática ser promovida com o intuito de potenciar a cultura de segurança dos cuidados, que tem apresentado um crescente gradual (OMS, 2016).

Aos estados-membros da união europeia, foi recomendado a adoção de uma política não punitiva e confidencial, aquando da notificação de incidentes relacionados com a segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro e a implementações de ações de melhoria contínua (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021).

De forma a minimizar o erro e a evitar novas ocorrências, o CH institui a política de notificação de evento adverso/incidente, sempre que o mesmo seja detetado. A sua notificação é voluntária e

anónima, a ser realizado em impresso do CH e/ou através da plataforma NOTIFICA. O objetivo prende-se com a identificação e aceitação de erros que ocorrem na prestação de cuidados, bem como o desenvolvimento de um processo de aprendizagem decorrente do erro, aumentando a segurança do doente (DGS, s.d.). Durante a realização do estágio não foram identificados incidentes ou eventos adversos passíveis de notificação.

Relativamente às auditorias, o CH integra um grupo de auditores internos, tendo planeado anualmente a execução de duas auditorias que incidem nas áreas prioritárias supramencionadas⁷ (Gracias, 2017). Houve a oportunidade de integrar a equipa de auditores internos, contudo face ao estado pandémico, a mesma encontra-se temporariamente suspensa, prevendo-se retomar este ano, 2022.

A formação contínua assume um papel promotor no desenvolvimento profissional e da qualidade da prestação dos enfermeiros especialistas em EMC-PSC (OE, 2017). Pela sua relevância, a formação contínua é planeada anualmente em cada serviço. Na UCIP 2, face à importância de abranger o maior número de profissionais passou a decorrer via online e presencialmente, com o intuito de evitar ajuntamentos e de aumentar a adesão.

Durante o estágio houve a oportunidade de assistir a várias ações de formações no papel de formanda, nomeadamente, “os métodos de comunicação eficazes à pessoa ventilada em UCI - uma intervenção especializada”; “mobilização precoce da pessoa em situação crítica”, “precauções básicas em controlo de infeção” (anexo IV).

Transpondo o domínio de competência no âmbito da melhoria contínua da qualidade, para o projeto de desenvolvimento profissional desenvolvido, importa salientar a concretização da ação de formação sobre “o impacto da obstipação no doente crítico”, bem como a realização do estudo observacional sobre o impacto da obstipação nos doentes internados em contextos de cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021 no CH, onde decorreu o estágio final.

Como anteriormente referido, a realização deste estudo permitiu retirar alguns contributos na área da segurança e qualidade de vida, nomeadamente no âmbito da gestão de regime terapêutico no

⁷ Processo clínico, área cirúrgica, identificação segura do doente, área do medicamento e material de consumo clínico e contenção mecânica de doentes.

doente crítico. Assim, face ao exposto entende-se que foi desenvolvida a competência no domínio da melhoria contínua da qualidade.

C. Domínio da gestão dos cuidados

C1 — Gere os 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

a) Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

O enfermeiro especialista deve realizar a gestão dos cuidados, adequando os recursos face às necessidades do doente, com o intuito de otimizar as respostas da equipa multidisciplinar e garantir a segurança e qualidade os cuidados, incluindo as tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019).

Na UCIP 2, o enfermeiro gestor é o responsável pela gestão do serviço, delegando a função de responsabilidade de turno aos enfermeiros a quem lhes reconhece capacidades. A responsabilidade de turno deve ser atribuída ao enfermeiro especialista, sendo o profissional a quem lhes é reconhecida a competência de gestão. Porém na sua ausência ou inadequação, pode ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, tendo em consideração a realidade e dinâmica do serviço (CE & MCEEMC, 2017).

A resposta do enfermeiro deve ser segura, adequada e otimizada às necessidades com o intuito de prevenir complicações, baseada em evidência científica e no conhecimento técnico-científico (CE & MCEEMC, 2017). Ao enfermeiro responsável de turno na UCIP 2 é reconhecida ainda a função de integrar a equipa de emergência intra-hospitalar, não tendo existido a oportunidade de acompanhá-lo, realizou-se um *debriefing* com a equipa para perceber a dinâmica de atuação, desde a sua ativação, avaliação do doente, intervenção e encaminhamento deste.

Quanto à gestão de cuidados diretos, houve a oportunidade de em conjunto com o enfermeiro orientador, refletir sobre a priorização dos cuidados, e adequação dos recursos. Após a transmissão

de informação na passagem de turno, houve o cuidado de avaliar o doente e analisar o plano de cuidados delineado face às suas necessidades terapêuticas. Dependendo dessa análise e reflexão, assim eram priorizadas as intervenções a realizar, e preparados previamente os materiais, fármacos e dispositivos médicos necessários à prestação de cuidados, bem como a delegação de tarefas sob supervisão a quem apresentava capacidade de execução e funcionalmente dependente do enfermeiro, conforme o regulamentado para o exercício de enfermagem (OE, 2015a).

A complexidade do doente crítico e o risco associado, conduz à absorção de muitos dos recursos hospitalares pela medicina intensiva, quer seja humano, materiais e equipamentos, pelo que a racionalidade e adequação dos mesmos é imprescindível para o equilíbrio e equidade entre a resposta às necessidades terapêuticas do doente e a disponibilidade dos mesmos a nível hospitalar (MS, 2017; Calvo, 2020).

Face à situação pandémica vivida mundialmente, a adequação dos recursos assumiu extrema relevância, onde a escassez de recursos humanos, fármacos, dispositivos médicos e gases medicinais, bem como EPI são uma realidade frequente. A DGS alertou inclusive os profissionais de saúde para o uso adequado e sustentável dos EPI, “já que o uso indevido é determinante de ausência de sustentabilidade da provisão destes recursos e de potencial rotura de abastecimento, podendo colocar em risco a saúde dos profissionais que dele precisam” (DGS, 2020a, p. 2), pelo que a boa gestão de stock se torna imprescindível.

Apesar de ser conhecido a prática instituída no CH relativamente aos armazéns avançados e às suas potencialidades, foi importante acompanhar o enfermeiro gestor durante dois turnos, com o intuito de aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão e liderança, quer seja no âmbito dos recursos materiais e equipamentos, quer na gestão de recursos humanos e prestação de cuidados.

Conjuntamente com o enfermeiro gestor, foi possível observar a dinâmica dos armazéns avançados *in loco*, associado a um centro de custo organizado por serviço e a sua reposição proactiva através da reposição por níveis. Aquando do seu acompanhamento na gestão de materiais, houve a oportunidade de participar na elaboração dos pedidos de reposição de stock ao armazém central e farmácia, incluindo: dispositivos médicos, solutos, material clínico, material administrativo ou psicotrópicos.

Os pedidos de reposição de material são realizados tendo em consideração o dia de entrega do material e ao material existente em stock. A reposição é realizada por níveis, sempre que o stock baixa

de 50% do nível preestabelecido, o armazém central envia o número em falta até reposição do nível, sendo alguns dispositivos ajustado às caixas, como acontece nas agulhas, luvas ou seringas, sendo enviado uma caixa completa e não uma unidade.

Este tipo de sistema tem a vantagem de em tempo real, permitir ao armazém central ter o entendimento do stock de cada produto a nível hospitalar, bem como a sua dispersão pelos serviços, evitando tanto o desperdício como a rotura de stock, e consequentemente proporcionar uma racionalização consciente do material (Teixeira, 2021).

Relativamente à gestão de equipamentos, compete ao enfermeiro gestor solicitar manutenção ou reparação do equipamento internamente. Pelo que a central de custo compara o valor patrimonial do equipamento e a sua reparação, dependendo deste equilíbrio, assim é procedido à reparação ou aquisição de novo equipamento.

No que respeita à gestão de recursos humanos, foi possível participar na elaboração de horários, verificação das trocas de turno, observação das folhas de ponto através dos registos biométricos, e organização do plano de trabalho, tendo em consideração as dotações seguras, carga de trabalho de enfermagem e a organização dos enfermeiros de diferentes estádios de desenvolvimento profissional na prestação de cuidados.

A antecipação e prevenção de problemas resume-se a pensar no futuro, antecipar vulnerabilidades ou riscos para determinados doentes, observar o inesperado e ter pensamento clínico sobre determinados diagnósticos ou eventuais problemas. Os enfermeiros menos experientes têm mais dificuldades no pensamento clínico, na observação do doente e antevisão potenciais problemas para o doente (Benner et al., 2011). Desta forma, torna-se uma mais-valia na segurança do doente, a elaboração da escala de trabalho por turno com enfermeiros de vários níveis de desenvolvimento profissional e sabedoria clínica, bem como adoção dos rácios de enfermeiro/doente estabelecidos pela OE.

Com o enfermeiro orientador foi possível analisar a aplicabilidade da escala TISS 28, no que respeita à carga de trabalho de enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos, bem como a sua tradução no número necessário de enfermeiros para a unidade, para além de ter em consideração as dotações seguras.

Quanto maior a gravidade do estado clínico e maior o número de procedimentos registado, maior será o tempo despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados, independentemente do diagnóstico (Calvo, 2020). Posteriormente, a pontuação resultante da TISS 28 permite o cálculo de vários índices que quantificam a carga de trabalho de enfermagem, nomeadamente o nível de cuidados planeados, o nível de cuidados utilizados e *Work Utilization Ratio* (Aleixo, 2016). O resultado do *Work Utilization Ratio* deve posteriormente ser analisado face à taxa de ocupação, desta forma será indicativo das necessidades de recursos humanos. Assim, caso a taxa de ocupação ou o valor da TISS média altere, devem ser ponderados os recursos humanos (enfermeiros) disponíveis, uma vez que houve uma alteração das necessidades.

Face à gestão de conflitos, foi importante refletir em conjunto com o enfermeiro gestor nos hipotéticos conflitos entre os elementos da equipa multidisciplinar e nas possibilidades de resolução, tendo o próprio exemplificado situações que ocorreram anteriormente na unidade e a forma de como providenciou a sua resolução.

Os conflitos derivam frequentemente da má comunicação ou falta de informação, pelo que a comunicação eficaz e assertiva assume um papel preponderante quer na diminuição do esforço despendido na resolução de conflitos e no aumento da produtividade, como na melhoria das relações entre as pessoas, o que conduz à melhoria da eficiência e a eficácia das organizações (Devesa, 2016).

Face ao exposto, compete ao enfermeiro gestor elaborar o plano de ação de serviço, onde contemple as necessidades de investimento num determinado período temporal, devendo constar informação relativa ao planeamento da formação em serviço, as necessidades de recursos humanos, remodelações e investimento. Relativamente, à aquisição de materiais, equipamento, ou remodelações, deverá constar no plano a importância para a sua aquisição, o valor económico em causa e a definição de prioridades para a sua aquisição/elaboração.

Apesar da experiência profissional adquirida anteriormente por integrar a chefia de equipa de enfermagem no serviço de urgência de adultos e a equipa de auditores internos no processo do risco relacionado com o erro medicamentoso, a experiência decorrida da especialização em EMC-PSC, permitiu-me fazer uma reflexão mais aprofundada quanto à importância da comunicação na gestão de conflitos, a gestão de recursos materiais e equipamentos. Desta forma, considera-se adquirida a competência supramencionada.

D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

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

Competências de mestre

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

“O Enfermeiro Especialista 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. (...) O Enfermeiro Especialista 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.” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019).

Desde a formação inicial e no decorrer da licenciatura em enfermagem, que o domínio do doente crítico me despertou o interesse. No entanto, o desejo de realizar uma missão de solidariedade em países em vias de desenvolvimento, conduziu à obtenção do grau de mestre em saúde tropical emitido pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

O desenvolvimento do autoconhecimento, permite ao enfermeiro reconhecer as suas vulnerabilidades, e conseqüentemente conduzir a um processo de mudança no desenvolvimento de aptidões que possam dar resposta às necessidades terapêuticas do doente (Pereira & Botelho, 2014). Desta forma, o reconhecimento das dificuldades e a necessidade de aquisição de conhecimentos na área do doente crítico associado ao percurso profissional no serviço de urgência, conduziu à participação de momentos formativos em anos anteriores na área de urgência e emergência, tais como o curso de urgências cardiológicas, curso de suporte avançado de vida, curso de emergências médicas e transporte do doente crítico, pós-graduação de cuidados intensivos e participação em múltiplos congressos, culminando na realização do mestrado em EMC-PSC.

No decurso da licenciatura em enfermagem, o modelo holístico sempre foi o enfoque dos cuidados, contudo no início da carreira profissional focamo-nos muito na componente técnica e conhecimento científico, seguindo um modelo biomédico e paternalista, evidenciando o que o enfermeiro considera ser o melhor para o doente. De salientar que o desenvolvimento pessoal e profissional e a realização do mestrado em EMC-PSC, proporcionaram outra forma de analisar as mais

variadas situações durante a prestação de cuidados, com especial enfoque nas questões éticas e deontológicas, gestão de cuidados, desenvolvimento de conhecimento específicos na área do doente crítico e desenvolvimento da competência associada ao controlo de infeção.

Durante o estágio existiram situações em que o doente agravou o seu estado clínico, existindo a necessidade de resposta eficaz e eficiente, havendo necessidade de gerir sentimentos e emoções. Uma situação clínica que reflete tal situação, foi o caso do Sr. V. um homem de 50 anos transferido para a UCIP 2, por necessidade de gestão de vagas no CH em cuidados intensivos, uma vez que a SM 1 estava a atingir a sua lotação. O Sr. V., nacionalidade russa, foi internado na UCI com o diagnóstico de infeção respiratória por SARS-CoV-2. Doente com antecedentes de etilismo agudo e enfarte agudo do miocárdio, sem plano vacinal para SARS-CoV-2, por desacreditar quanto à existência do vírus.

Inicialmente, o doente apresentava-se consciente e orientado, sob terapia de alto fluxo, tendo agravado o padrão respiratório e os valores gasométricos, pelo que foi proposto a entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória, que o doente aceitou. Face ao agravamento do quadro clínico, o doente contactou a família, sendo a última conversa que ambos estabeleceram, uma vez que o doente acabara por falecer dois dias depois. Tal situação foi de grande stresse e emoção, pelo agravamento do estado clínico do doente com necessidade de decisão e atuação rápida, bem como pela envolvência da família e a sua limitação de visita presencial, seja pela limitação de visitas, seja pelos próprios familiares se encontrarem em isolamento.

O facto de o Sr. V. e a sua família serem negacionistas em relação à existência do vírus, foi desconcertante. Se por um lado o próprio doente e família negavam a existência do vírus SARS-CoV-2 e estavam a vivenciar o momento, por outro exigiam a administração de plasma de doentes curados. O doente referia que esta prática era comum na Rússia. Em Portugal, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, conjuntamente com vários serviços hospitalares, deram início a um programa de colheita de plasma convalescente, provenientes de doentes infetados por SARS-CoV-2 e já recuperados (MS, 2021).

Durante a sua permanência na UCIP 2, foi disponibilizada informação sobre a veracidade da presença do SARS-CoV-2 e da sua incidência, alertado para a importância da vacinação. Sendo a UCIP 2, um serviço em *open space*, foi incentivado a observar a realidade à sua volta e a analisar a gravidade dos doentes que se encontravam na mesma sala de internamento. Ao qual, progressivamente o doente, consciencializou-se da existência do coronavírus, solicitando tratamento com plasma de

doentes curados. O Sr. V. nunca verbalizou o que o levou a estar desacreditado para a existência do SARS-CoV-2, mesmo quando incentivado para o expressar.

Transpondo a competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para o projeto de intervenção profissional, é de salientar o contributo do estudo retrospectivo para materializar estatisticamente a sensibilidade demonstrada pela equipa de enfermagem, como pela scoping review realizada no âmbito do impacto da obstipação do doente crítico.

A realização da scoping review, permitiu desenvolver conhecimentos neste âmbito, procurando a evidência científica sobre a temática, bem como disseminar o conhecimento através da sua submissão para publicação na revista RIASE e a realização da ação de formação em serviço à equipa de enfermagem, como através da divulgação dos resultados do estudo, sobre a forma de apresentação de póster, no V congresso internacional de enfermeiros especialista médico cirúrgica e a publicação em forma de artigo na revista de enfermagem Referência.

Houve ainda a oportunidade durante o estágio, de participar no estudo desenvolvido pelo diretor clínico da UCIP 2 no âmbito da terapia da substituição renal, bem como participar em ações de formação em serviço anteriormente referidas (anexo IV) e em alguns congressos, nomeadamente: Congresso Internacional Literacias no Século XXI, decorrido a 15 e 16 julho (anexo V) e 12ª reunião nacional de unidades de AVC decorrido a 24 setembro (anexo VI). Assim, entende-se que foi desenvolvida a competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O enfermeiro especialista é detentor de competências comuns, transversais a todas as áreas de especialidade, e de competências específicas relacionadas com a área de intervenção de que é especialista, existindo várias áreas de especialidade reconhecidas pela OE (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018).

É entendido por competências específicas aquelas que resultam “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 de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro 2019, p.4745).

Ao enfermeiro especialista em EMC-PSC é reconhecida a competência de cuidar a pessoa, família ou cuidador a experienciar processos complexos decorrentes de uma situação crítica, promover resposta a situações de emergência/exceção/catástrofe e de prevenir e controlar a infeção e a resistência microbiana no doente crítico ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Competência 1 de enfermeiro especialista em EMC-PSC: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Competências de mestre

a) Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, p.19362).

Face ao citado anteriormente, é expectável que o enfermeiro especialista em EMC-PSC consiga mobilizar conhecimentos e habilidades diversas com o intuito de responder às necessidades do doente crítico, bem como à sua família ou pessoa significativa. A resposta dada, deverá ser em tempo útil e de forma holística, tendo em consideração a complexidade da situação de saúde que o doente apresenta. Assim, deve o enfermeiro especialista identificar as necessidades do doente, gerir protocolos terapêuticos complexos, promover o controlo da dor e bem-estar do doente, através do estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família ou pessoa significativa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Em situações críticas, o tempo dita o prognóstico, “tempo é tecido e tempo é vida” (MS, 2017, p. 54), pelo que é importante antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, prevenindo complicações e conseqüentemente o agravamento do estado clínico. Várias são as discussões sobre a hora de ouro de resposta ao choque séptico, enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, trauma, paragem cardiorrespiratória, entre outras situações.

O enfermeiro especialista em EMC-PSC deve ter a capacidade de pensar sobre a sua ação, ajustar o pensamento e forma de atuação face a evolução do estado clínico do doente, bem como ter a capacidade de identificar e resolver problemas, atuando em conformidade (Benner et al., 2011).

Para dar resposta em tempo útil, salienta-se a importância da mobilização de conhecimento adquiridos anteriormente e a tomada de decisão célere, adequada e eficaz. Desta forma, os conteúdos teóricos lecionados no decurso do mestrado em enfermagem e em formações anteriores, bem como a participação nas ações de formação em serviço decorridas na UCIP 2 e a experiência decorrente de 12 anos de prática profissional no serviço de urgência, assumem um papel preponderante na rapidez e assertividade da resposta às necessidades do doente. De salientar, o suporte avançado de vida cardíaco, quer no desenvolvimento de conhecimentos na avaliação do doente crítico, conforme a metodologia ABCDE⁸, como na gestão de situações de maior stresse e emoção e auxiliando na previsibilidade de situações de maior instabilidade hemodinâmica.

A avaliação de um doente crítico deve seguir a metodologia ABCDE, esta metodologia é transversal, e tem como intuito a identificação de eventuais lesões potencialmente fatais e tratá-las conforme a prioridade (INEM; DFEM, 2019).

O estágio final comprovou ser de extrema importância na aquisição e mobilização de conhecimentos e de capacidades técnicas. Durante o seu decurso, houve a oportunidade de prestar cuidados de grande complexidade com recurso à tecnologia de que a unidade é munida, gerir protocolos terapêuticos complexos, como a observação de procedimentos médicos invasivos alguns dos quais nunca tinha tido contacto, entre eles destacam-se: terapia de alto fluxo por cânula nasal; extubação orotraqueal; VMI; broncofibroscopia; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; variação pressão de pulso; pressão venosa central; pressão intra-abdominal; observação e apoio à colocação de cateter de diálise, CVC e cateter arterial e prestação dos cuidados inerentes à sua

⁸ ABCDE: A – via aérea; B – ventilação; C – circulação; D – disfunção neurológica; E – exposição com controlo de temperatura.

manutenção; terapia contínua de substituição renal (TCSR) sob anticoagulação com citrato trissódico; gestão da administração do citrato trissódico tendo em consideração o valor do cálcio sérico; realização e interpretação de gasometria; monitorização do nível de consciência pelo índice bispectral; controlo da glicemia capilar e gestão da administração de insulino-terapia endovenosa; gestão de protocolo de sedação, analgesia e situações de delirium; cuidados após paragem cardiopulmonar incluindo a necessidade de terapêutica vasoativas e controlo da temperatura corporal; drenagem abdominal; realização de pensos cirúrgicos complexos; nutrição no doente crítico e posicionamento em decúbito ventral.

Apesar do contacto com alguns procedimentos decorrentes da experiência profissional, foram sentidas algumas dificuldades, que puderam ser colmatadas através da pesquisa bibliográfica e da ajuda do enfermeiro orientador e restante equipa. Um caso prático sobre esta dificuldade, face à experiência anterior foram os cuidados ao doente sob VMI. A abordagem da via aérea é uma prática em que já existe alguma familiarização decorrente da prática profissional no serviço de urgência, nomeadamente entubação orotraqueal sob sedação rápida, porém existia um *handicap* no que respeita aos cuidados ao doente sob VMI, aos respetivos parâmetros ventilatórios e à resolução de problemas.

Situação semelhante, foi a terapia contínua de substituição renal no doente crítico e a terapia intermitente no doente crónico. No decurso da experiência profissional na prestação de cuidados ao doente renal crónico, houve a oportunidade de desenvolver conhecimentos técnico-científicos no âmbito da terapia substituição renal intermitente. Apesar dos mecanismos de transporte de solutos apresentarem semelhanças em ambas as terapias (contínua e intermitente), em muito difere a taxa de remoção, velocidade de bomba de sangue, o tipo de anticoagulação utilizada e a estabilidade hemodinâmica do doente.

A UCIP 2 é detentora de múltiplas normas e protocolos complexos que visam assegurar a padronização dos cuidados, aumentando a segurança do doente. No primeiro dia de estágio foi apresentado o manual de integração de enfermeiros, incluindo as normas e protocolos existentes no serviço. A sua existência evita a ocorrência de erros, sendo baseada em evidência científica (Sales et al., 2018), para além de conferir maior autonomia ao enfermeiro, conforme se pôde observar.

Recorrendo novamente ao exemplo da TCSR sob anticoagulação com citrato trissódico e o protocolo que normaliza a gestão da administração do anticoagulante, observa-se que o enfermeiro tem autonomia para monitorizar, em horários predelineados, o cálcio sérico através da colheita de

sangue no cateter arterial e o cálcio ionizado através da colheita no local de punção imediatamente pós o filtro do circuito extracorporeal e realizar os devidos ajustes da dose de citrato e compensação de cálcio. Durante a TCSR é administrado continuamente gluconato de cálcio, como compensação da hipocalcemia derivado da associação do cálcio ao citrato trissódico (cálcio quelado), reduzindo o cálcio sérico livre. De acordo, com o padronizado na norma, a gestão da compensação de cálcio é realizada decorrente dos valores do cálcio sérico, ao passo que a dose do citrato é ajustada face ao cálcio ionizado pós filtro (Batista, 2018).

O enfermeiro especialista em EMC-PSC deve gerir a dor e o bem-estar do doente crítico, otimizando a resposta face as necessidades do doente (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018). Desta forma, colocar em evidência a avaliação da dor, sedação e presença *delirium*, e consequentemente planear um conjunto de intervenções individualizadas e intervir em conformidade.

Relativamente à avaliação da dor, deve ser aplicada a escala visual analógica, sempre que o doente demostre capacidade de manifestar a opinião. Na incapacidade de o doente manifestar a sua opinião e não estando submetido a VMI, deve ser aplicada a escala da dor do observador. Contrariamente, se o doente permanecer sob VMI, deve ser aplicada a escala comportamental da dor (*Behavioral Pain Scale* - BPS). Face à avaliação da dor, o enfermeiro tem autonomia para gerir terapêutica analgésica ou administrar de forma preventiva antes de uma intervenção de enfermagem ou procedimento invasivo potencialmente doloroso (Pires, 2018). Como também, intervir a nível de medidas não farmacológicas, como seja o toque terapêutico, massagem, posicionamento através da alternância de decúbitos, apoio emocional e termoterapia.

De forma a aprofundar conhecimentos no âmbito da dor, foi ainda possível assistir a uma formação no âmbito da dor crónica, que decorreu no dia 18 e 21 junho 2021 (anexo VII), tendo sido abordadas a classificação e cronicidade da dor, neurotransmissão e modelação da dor, avaliação, tratamento farmacológico e não farmacológico e abordado de forma mais detalhada algumas situações, nomeadamente: dor oncológica, dor irruptiva, dor no idoso, dor musculoesquelética, dor neuropática.

No que respeita a avaliação da sedação e presença de delirium, está protocolada a sua monitorização através da aplicação da escala *Richmond Agitation-Sedation* (RASS) e da escala *Confusion Assessment Method - in ICU* (CAM-ICU), respetivamente. Em caso de sedação profunda (RASS -4 ou -5) está ainda preconizado a monitorização do índice bispectral, tendo sempre o intuito de redução da sedação assim que o estado clínico do doente o permita (Pires, 2018).

Como forma preventiva do delirium, pode o enfermeiro desenvolver um conjunto de intervenções não farmacológicas a nível da orientação temporo-espacial, estimulação cognitiva e sensorial e medidas promotoras do sono (Pires, 2018).

Um caso clínico que refletiu a complexidade dos cuidados prestados ao doente crítico sendo apresentado de forma resumida, a Sr.^a S.N. foi uma doente de 40 anos de idade, nacionalidade portuguesa, que recorre ao serviço de urgência por mal-estar geral associado a dor abdominal, encontrando-se grávida de 31 semanas (gesta2, para1), que após avaliação obstétrica conclui-se que apresenta o feto/nado morto. Sem antecedentes pessoais conhecidos. Após avaliação clínica da Sr.^a S.N. e realização dos exames de diagnóstico e terapêutica, foram identificados vários problemas, sendo internada com o diagnóstico de síndrome de HELLP, hipertensão arterial, sépsis com disfunção renal, neurológica e respiratória, tendo como foco infeccioso a gestação com nado morto. Após a indução do parto, a doente foi submetida a curetagem e histerectomia parcial.

Face à situação clínica, a Sr.^a S.N. foi avaliada conforme o algoritmo ABCDE, (A) entubada orotraquealmente, (B) tendo sido submetida a VMI. Respiração de predomínio misto, expansão simétrica, EtCO₂ 30mmHg, SPO₂ 95%, rácios FiO₂ / PaO₂ baixos, indicativos de insuficiência respiratória grave, pelo que foi posicionada em decúbito ventral. (C) Foi colocado cateter arterial na radial direita e CVC na jugular direita. Durante o internamento, a doente apresentou instabilidade hemodinâmica constante, com necessidade de anti-hipertensores (labetalol), como necessidade de terapêutica vasoativas (noradrenalina). Doente em choque séptico, tendo sido colhidas hemoculturas, urocultura e secreção orotraqueal, iniciada antibioterapia dirigida face ao foco infeccioso identificado, e posteriormente ajustado aquando da identificação do microrganismo, *Klebsiela pneumoniae* produtora de carbapenemases na hemocultura. Foi submetida a TCSR, por insuficiência renal aguda, inicialmente com filtros oxiris[®] pela tempestade de citocinas e mediadores inflamatórios. (D) Doente encontrou-se sob sedação e analgesia, com perfusão de propofol e fentanil, respetivamente. Apresentou momentos sem dor, até dor moderada, tendo variado de 3 a 9 na escala BPS; apresentou estados de sedação profunda, RASS -5 e índice bispectral 45-50, aquando de um período de maior estabilidade hemodinâmica, foi realizada tentativa de redução da sedação, com introdução de dexmedetomidina. Pupilas isocóricas e normoreativas. Doente com hiperglicemia associado a cetonemia, tendo sido gerida a administração de insulina de ação rápida em perfusão via endovenosa. (E) Doente febril frequentemente, pelo que foi gerida terapêutica antipirética e promovidas medidas de arrefecimento externo. Entubada orogastricamente, sob nutrição entérica com reforço proteico. O local de inserção de cateter arterial, CVC e cateter de diálise não apresentaram sem sinais inflamatórios. Apresentava sutura abdominal, com sinais inflamatórios, realizado penso cirúrgico.

Doente algaliada. Doente obstipada, com necessidade de administração de terapêutica laxante. Ao longo do internamento, desenvolveu isquemia dos dedos dos pés. Durante todo o processo, foi permitida a visita de familiares, dos quais apenas recebeu a visita do filho.

Face ao caso supramencionado, foi possível realizar uma avaliação exaustiva da doente, adequando as intervenções de enfermagem autónomas, como interdependentes, de acordo com os défices de autocuidado identificados. Face ao estado clínico da Sr.^a S.N., à sua incapacidade para o autocuidado, bem como aos problemas identificados, foi utilizado um sistema de enfermagem totalmente compensatório, na medida em que todos os cuidados prestados substituíram a doente na sua plenitude. Durante a prestação de cuidados, foi necessário prestar os cuidados de higiene; promover o conforto através dos posicionamentos e analgesia; realizar o penso cirúrgico; realizar a manutenção do cateter arterial, CVC e cateter de diálise; gerir vários protocolos complexos, como seja o de sedação, analgesia e delirium; insulinoaterapia por via endovenosa; TCSR sob anticoagulação com citrato trissódico; decúbito ventral; nutrição entérica no doente crítico.

Foi ainda necessário realizar a transferência intra-hospitalar da Sr.^a S.N., quer seja para o bloco operatório, como seja para a realização de exames complementares de diagnóstico. Apesar da transferência ter decorrido sem intercorrências, foram situações sujeitas a algum stresse, pela instabilidade hemodinâmica da doente, e por todo o risco associado ao transporte a este nível, sendo importante identificar potenciais problemas inerente à situação clínica da doente e ao equipamento necessário à realização do transporte.

No que concerne à relação de ajuda, foi importante poder desenvolver uma relação terapêutica com o filho da Sr.^a S.N. durante o período de visitas. Segundo o mesmo, o apoio prestado por toda a equipa multidisciplinar, ajudou-o a vivenciar o período difícil no processo de doença da mãe, bem como no momento da receção da notícia do falecimento da Sr.^a S.N.

Pelo que foi sendo perceptível, a Sr.^a S.N. teria uma situação social complicada, recebendo apenas a visita do filho. Este terá realizado a visita à mãe diariamente, sendo informado do prognóstico reservado que a doente apresentava, sendo esta informação disponibilizada conjuntamente pelo médico e pelo enfermeiro. Foi estabelecida uma relação empática e respeitadas as emoções manifestadas pelo mesmo (ansiedade, perda, luto, choro), bem como disponibilizada a possibilidade de este deixar um objeto significativo para ambos durante o período de internamento na unidade, sendo relevante salientar a sua capacidade de resiliência durante as visitas diárias. Foram sempre

disponibilizadas as informações solicitadas, respondidas a todas as dúvidas e questões colocadas pelo próprio.

Como referido anteriormente, o foco do enfermeiro especialista é o doente e a sua família. A UCIP 2 é detentora do projeto de portas abertas, com vista à humanização dos cuidados, permitindo um horário alargado às visitas. Porém, face ao estado pandémico, as visitas foram limitadas. No início do estágio, salvo em algumas exceções, nomeadamente mau-prognóstico e situação de fim de vida, foi permitido a visita de familiares ou pessoas significativas, por fim, foi disponibilizado a visita de um familiar de referência no turno da tarde, sob marcação prévia. Durante o tempo de inexistência de visitas, a unidade disponibilizou um telemóvel e permitiu aos doentes terem o seu próprio telemóvel, com o intuito de encurtar a distância entre o doente e a sua família.

Aquando da restrição de visitas, a informação transmitida ao familiar de referência esteve de acordo com a preferência e autorização do doente, sendo disponibilizada pelo médico ou enfermeiro, no que respeita à situação clínica e aos cuidados de enfermagem, respetivamente. Na incapacidade transitória ou permanente de decisão do doente, tendo em consideração a sua situação clínica, a informação foi disponibilizada telefonicamente ao familiar envolvido no processo do cuidar, garantindo a identidade do interlocutor e adequado a informação disponibilizada face a cada situação particular, o que vai de acordo com o parecer emitido pela OE (Concelho Jurisdicional, 2008).

Relativamente à comunicação com o doente crítico, nem sempre é fácil estabelecer a comunicação verbal, uma vez que grande parte dos doentes se encontram sob sedação, entubados orotraquealmente ou com traqueostomia, porém foram promovidas outras formas de comunicação como seja através da comunicação escrita e mimica/gestos.

Com o avanço da medicina intensiva, a sobrevivência dos doentes internados em UCI aumentou significativamente. Contudo, a experiência do internamento na UCI pode ser traumática, sendo equiparada atualmente ao stresse pós-traumático, com possibilidade de desenvolvimento de deficiência cognitiva, doença mental ou limitação física (Rawal et al., 2017). Assim, o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente crítico não se cinge apenas à UCI, mas assume um papel relevante no seguimento do doente aquando da alta hospitalar, na avaliação do doente, como no auxílio dos doentes a desmistificar algumas das experiências vividas e a ultrapassar a sua experiência no decurso do seu quotidiano.

A UCIP 2 tem uma consulta de seguimento dos doentes internados na unidade, aquando da alta hospitalar, tendo havido oportunidade de participar na mesma. Esta é composta por uma consulta médica e de enfermagem. Na consulta de enfermagem são avaliadas as memórias relacionadas com o internamento (pesadelos, alucinações ou delírios), com o intuito de perceber a repercussão das respetivas memórias no quotidiano da pessoa e na relação com os outros. É essencial a deteção de estados depressivos, ansiosos ou situações de stresse pós-traumático, pelo que é solicitado ao doente o preenchimento de várias escalas, nomeadamente: escala de ansiedade e depressão hospitalar, escala de qualidade de vida e Escala de Sintomas de Stresse Pós-Traumático – 14.

A presente consulta foi importante para entender o impacto da experiência da UCI durante o decurso do internamento, incluindo a perceção que o doente tem da prestação de cuidados, da equipa multidisciplinar e/ou equipamento, bem como na vida das pessoas. Relatos que mostram uma completa distorção da realidade, e aos quais os profissionais não têm a perceção do que as pessoas estão a vivenciar naquele preciso momento.

Na consulta, houve relatos respetivos ao tempo de internamento, no que respeita à visualização de “um quadro na parede figurativo ao meu funeral e conseguia ver a campa do meu pai também”, de entenderem a equipa multidisciplinar como “cientistas que estavam a fazer experiências comigo, e estavam ali a falar muito alto ao pé de mim, e não entendia nada, era aflitivo” ou respetivo ao som dos monitores e ventiladores “eram só apitos, tinham muitas intensidades”. Relativamente à vida quotidiana, existiram pessoas que referiram não existir quaisquer diferenças na sua vida, mas existiram outras que revelaram alterações físicas relacionadas com fraqueza muscular significativa ou cansaço fácil, ao passo que outras relatam alterações psicológicas, descrevendo necessidade de isolamento social, e medo de sair de casa.

Face ao supramencionado, assume-se que a competência relativa ao cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, foi adquirida na sua íntegra.

Competência 2 de enfermeiro especialista em EMC-PSC: Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Situação de emergência e urgência médica é aquela em que há uma “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Despacho n.º 18459/2006 - Diário da República N.º 176/2016, série II de 12 de

Setembro de 2006), devendo existir uma resposta rápida através dos recursos disponíveis (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2009). Ao passo que uma situação de exceção é um acontecimento pontual onde se constata um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, podendo causar um número elevado de vítimas, como acontece em acidentes de viação em cadeia, vagas de frio ou calor ou incêndios florestais ou urbanos (Oliveira et al., 2012).

Catástrofe é entendida por um incidente passível de provocar elevado prejuízo materiais e/ou humanos e conseqüentemente repercussão a nível socioeconómico, podendo abranger desde um local a todo o território nacional (Lei n.º 27/2006, de 03/07 na sua versão actualizada Lei n.º 80/2015, de 03/08). A catástrofe pode ter várias origens, desde catástrofes naturais (tsunami, cheias), provocadas pelo Homem (acidentes tecnológicos nucleares ou radiológicos), ou epidemias (ébola, gripe das aves) (Oliveira et al., 2012), e mais recentemente a SARS-CoV-2.

Em todas as situações devem existir respostas normalizadas e rápidas, com o intuito de maximizar a eficácia e eficiência da resposta dada a cada situação, pelo que o enfermeiro especialista em EMC-PSC assume um papel preponderante na conceção, planeamento e gestão de situações de emergência, exceção e em catástrofe, tendo o cuidado de preservar eventuais vestígios de crime (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Para colmatar a presente competência procedeu-se à inscrição no curso *Medical Response to Major Incidents* que decorreria de 30 novembro a 2 dezembro 2021. Porém, face à evolução desfavorável da situação epidemiológica na região, foi realizado a 7 a 9 maio de 2022 (anexo VIII).

É ainda de realçar, a importância da unidade curricular médico-cirúrgica 3, onde foi abordado a gestão de situações de catástrofe e caracterização dos recursos disponíveis, conceptualização de planos de atuação em situação de emergência, exceção e catástrofe, bem como aspetos ético-legais e colheita e preservação de provas relacionados com atendimento de vítimas de violência, maus-tratos e negligência e organização da proteção civil. Houve ainda oportunidade de realizar um poster sobre a tomada de decisão na triagem em situação de catástrofe e apresentado no congresso *International Congress on 21st Century Literacies* que decorreu a 23 e 24 setembro 2021 (anexo V).

No decurso profissional foi possível participar no curso de triagem de Manchester (anexo IX). O sistema de triagem de Manchester está implementado desde o ano 2000, nos serviços de urgência em Portugal (DGS, 2018b). Este sistema apresenta um módulo de atuação em situação de catástrofe, pelo que é composto por dois fluxogramas de atuação nestas situações, (1) avaliação primária – pretende

categorizar de forma rudimentar o doente, priorizando aqueles que deambulam e não apresentam alterações ameaçadoras à vida e (2) avaliação secundária - permite reavaliar os doentes que foram submetidos à avaliação primária (Grupo Português de Triagem, 2010). Dos quais houve a oportunidade de aplicar durante a prática profissional decorridos em simulacros.

A nível hospitalar, procedeu-se à leitura e estudo do plano de catástrofe externa e ao plano de catástrofe interna da unidade onde decorreu o estágio final, bem como os vários planos de contingência elaborados para dar resposta ao elevado número e às necessidades dos doentes infetados por SARS-CoV-2.

A pandemia por SARS-CoV-2 foi decretada pela OMS a 11 março 2020 (OMS, 2020b). Visto tratar-se de um vírus de transmissão respiratória e com elevada transmissibilidade, apresenta elevado número de doentes, sendo uma situação excepcional a nível mundial. Os serviços de saúde tiveram que se reajustar, criando novos circuitos, reforçando recursos humanos e materiais de forma a mitigar a proliferação do vírus (DGS, 2020b).

Quer durante o estágio, quer no decurso da prática profissional, foram ativados vários circuitos hospitalares, com o intuito de dar resposta ao elevado número de doentes que chegam ao serviço de urgência, como seja atuação preventiva na transmissibilidade do vírus para com outros doentes não infetados e para com os profissionais de saúde. As leituras dos respetivos planos mostraram a sua importância na atuação e conhecimento dos respetivos circuitos, como na ativação dos vários planos de contingência e na resposta rápida, garantido a assistência quer aos doentes infetados por SARS-CoV-2, como aos outros doentes.

Numa fase inicial, foi suspensa a atividade cirúrgica programa e reorganizados os recursos humanos e técnicos (CHU, 2021b). O doente era assistido no serviço de urgência e em caso de necessidade de internamento em enfermeira ou em cuidados intensivos, o mesmo era transferido para uma outra unidade hospitalar (Grupo COVID UHP, 2020). Contudo, com o progressivo aumento de casos de infeção por SARS-CoV-2 e o respetivo aumento da taxa de ocupação dos doentes COVID, o CH reorganizou os serviços de internamento e de cuidados intensivos, para que pudessem aumentar a capacidade de internamento COVID.

No serviço de urgência, foi criado uma pré-triagem com o intuito de encaminhar o doente para um circuito restrito a doentes infetados ou suspeitos de infeção por SARS-CoV-2, bem como sala de emergência COVID (Grupo COVID UHP, 2020).

Com o decorrer das várias vagas de COVID e o aumento das necessidades da população e taxa de ocupação dos doentes COVID, as unidades hospitalares que compõem o CH reajustaram-se progressivamente, organizando os recursos humanos e técnicos e ativando ou desativando espaços hospitalares, tendo realizado inclusive obras de adaptação das infraestruturas (Grupo COVID UHP, 2020). Assim, foi possível analisar o estado da ventilação hospitalar, adaptar o serviço da cirurgia do ambulatório numa UCI temporariamente, criar locais de observação provisórios no parque de estacionamento hospitalar ou hospitais de campanha e dedicar salas de meios complementares de diagnóstico, ou acessibilidade específica para doentes infetados ou suspeitos de SARS-CoV-2.

Ainda foi exequível realizar uma reunião informal com a enfermeira especialista em EMC-PSC, que elaborou o plano de catástrofe da unidade onde decorreu o estágio final. Para além de ter sido explicado todo o plano, foi possível em conjunto refletir sobre o mesmo e compreender todo o processo pela qual o plano passou durante a sua concretização.

Relativamente ao atendimento de pessoas vítimas de violência, maus-tratos e negligência e à necessidade de conservação e colheita de provas criminais, foram várias as situações no decurso da prática profissional, no atendimento ao doente no serviço de urgência, incluindo na sala de emergência e reanimação. Houve situações em que se procedeu ao contacto com as forças da autoridade na sequência de suspeita de crime e situações de violência, como seja na conservação de potenciais provas criminais, incluindo roupa, estupefacientes, armas brancas e feridas corporais.

Assim, entende-se que se adquiriu na sua plenitude a segunda competência de enfermeiro especialista em EMC-PSC, relativamente à resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Competência 3 de enfermeiro especialista em EMC-PSC: maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As infeções nosocomiais e a resistência antimicrobiana, são dois problemas reconhecidos desde 1999 pelo parlamento e conselho europeu. As infeções associadas aos cuidados de saúde, anteriormente designadas por infeções nosocomiais, correspondem atualmente a infeções adquiridas na sequência de prestação de cuidados de saúde, sendo a resistência uma característica desenvolvida

pelo microrganismo a um antibiótico administrado, seja no âmbito profilático ou terapêutico (ECDC, 2008).

A resistência microbiana é um problema de saúde pública crescente, seja nos hospitais, seja nas comunidades, os países que apresentam taxas mais baixas de resistência microbiana, tendem a usar menos antibióticos (ECDC, s.d.). A resistência microbiana aos antibióticos apresenta elevado impacto económico a vários níveis da sociedade, com especial enfoque nos custos associados à saúde, através do aumento do tempo de internamento, aumento da morbilidade e mortalidade e aumento da necessidade de internamento em UCI (OMS, 2020c; ECDC, 2016).

No âmbito do controlo de infeção, o enfermeiro tem como principal objetivo reduzir a taxa de infeção associado aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, bem como promover o adequado uso dos antimicrobianos (Duarte & Martins, 2019). O enfermeiro EMC-PSC deve responder de forma eficaz no que respeita à prevenção, controlo de infeção e resistência antimicrobiana, tendo em consideração ao risco inerente à complexidade de cuidados prestados ao doente crítico, e pela necessidade de procedimentos invasivos quer seja de diagnóstico como medidas terapêuticas, na manutenção da sua vida (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Neste sentido, e como referido anteriormente foi possível realizar estágio de observação no GCL-PPCIRA e na SCE. Foi importante perceber o vasto papel ou abrangência das funções do enfermeiro especialista em EMC em ambos os locais de estágio, no que respeita à gestão e coordenação de programas no controlo de infeção hospitalar.

A realização do estágio no âmbito da GCL-PPCIRA, apesar de curto, foi importante para compreender a dinâmica e o papel do enfermeiro no que respeita à prevenção e controlo de infeção na unidade hospitalar, ao nível da formação em serviço relativamente às boas práticas no controlo de infeção, consultadoria, auditoria e propostas de melhoria nos vários serviços hospitalares.

Todos os procedimentos foram novos. Apesar do conhecimento adquirido decorrente da experiência profissional, como seja nas aulas no segundo semestre do mestrado em enfermagem, efetivamente não era conhecedora de todas as intervenções desenvolvidas pelo GCL-PPCIRA.

Relativamente ao estágio de observação no SCE, este permitiu entender a importância do enfermeiro EMC no âmbito da qualidade e segurança do doente, e da assistência indireta que o mesmo presta ao doente, bem como todos os procedimentos necessários para garantir a descontaminação e

esterilização de um dispositivo médico. Durante o exercício profissional são vários os dispositivos médicos necessários na prestação de cuidados, mas existia um completo desconhecimento de todo o processo minucioso pelo qual o mesmo era sujeito e o tempo que o ciclo de esterilização implica, como a vigilância realizada em caso de deteção de um problema ocorrido durante o processo de esterilização.

Durante a prática profissional no serviço de urgência, o elevado fluxo de doentes, a falta de recursos humanos e materiais são uma constante, pelo que algumas PBCI, eventualmente, poderão não ser cumpridas na sua totalidade, como seja no isolamento de doentes, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa e inclusive na prática segura na preparação e administração de fármacos. Desta forma, durante o estágio, nomeadamente na prestação de cuidados, a prevenção e controlo de infeção foi um verdadeiro desafio, especialmente no que respeita à manutenção da técnica asséptica durante alguns procedimentos aos quais não estava familiarizada, como na manipulação do CVC, cateter arterial, preparação da nutrição parentérica ou na entubação orotraqueal e aspiração de secreções brônquicas.

Face à situação pandémica vivida mundialmente e não descurando nenhuma das PBCI, algumas das medidas assumem um papel extremamente importante, nomeadamente o isolamento do doente, o uso de equipamento de proteção individual, etiqueta respiratória e a lavagem das mãos. Desta forma, foi importante reler documentação no que respeita às medidas de isolamentos e vias de transmissão, uso de equipamento de proteção individual, bem como normas emitidas pela DGS.

Foi ainda realizada leitura das normas hospitalares relacionadas com a prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA e ERC, bem como feixes de intervenção relativas à infeção urinária associado ao cateter urinário, infeção respiratória associada à entubação orotraqueal; infeção associada ao CVC e infeção associada ao local cirúrgico, no seu conjunto tidas como essenciais na prestação de cuidados.

A todos os doentes internados na unidade é verificado o risco de colonização e infeção por MRSA e ERC e isolado o doente em caso de alto risco, bem como realizada a pesquisa de colonização ou infeção pelos referidos microrganismos. Foram prestados cuidados não só aos doentes infetados por SARS-CoV-2, mas a outros doentes infetados por vários microrganismos, incluindo microrganismos multirresistentes. Como referido anteriormente no caso da Sr.^a S.N., a mesma adquiriu infeção por *Klebsiela pneumoniae* produtora de carbapenemases, tendo sido realizado medidas de proteção adicionais de contato, tendo em consideração a via de transmissão deste microrganismo.

De realçar, os conteúdos lecionados na unidade curricular médico-cirúrgica 5 e o desenvolvimento do trabalho de grupo no âmbito dos microrganismos multirresistentes e/ou epidemiologicamente importantes, bem como a participação na ação de formação em serviço na UCIP 2 sobre as precauções básicas em controlo de infeção, realizada no dia 20 julho 2021.

Desta forma, considera-se que a competência 3 de enfermeiro especialista em EMC-PSC, relativamente à prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos no doente crítico foi concluída na sua totalidade.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório, marca o final de mais um processo de aprendizagem, ao qual permitiu realizar uma reflexão crítica e construtiva das várias atividades decorrentes do mestrado em enfermagem com especialização em EMC-PSC. Este foi alicerçado pela teoria do autocuidado da teórica Dorothea Orem, demonstrando a importância do enfermeiro no suprimento das necessidades do autocuidado do doente crítico.

A teoria do autocuidado releva ser de elevada, assumindo o doente enquanto agente ativo, detentora de características únicas e individuais, integra o doente no processo de decisão e do cuidar, justificando a intervenção de enfermagem aquando da incapacidade do doente no processo do autocuidado, encaixando-se em todos os contextos que o doente está a vivenciar e a experienciar.

A unidade onde se realizou o estágio final, bem como o estágio de observação no SCE e GCL-PPCIRA, demonstraram ser locais adequados para a aquisição de competências comuns e específicas ao enfermeiro especialista em EMC-PSC, bem como às competências de mestre, apesar de algumas serem também suportadas pela experiência profissional e por formação contínua, externa ao curso.

A elaboração do projeto de aquisição de competências e do projeto de intervenção profissional, serviram como importantes guias orientadores na aquisição de competências, que culminaram na elaboração da scoping review, na realização do estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação no doente crítico, na realização da formação em serviço, na elaboração de dois artigos científicos submetidos para publicação e na redação do presente relatório.

A realização do projeto de intervenção profissional, no âmbito do impacto da obstipação no doente crítico, foi importante para compreender a obstipação como um problema com elevada incidência e impacto negativo, ao qual o enfermeiro assume um papel importante enquanto profissional de proximidade, na instituição de medidas preventivas e resolutivas, deteção precoce e registo do padrão de eliminação, bem como na satisfação da necessidade humana básica, relativa a eliminação, em caso do mesmo não ser autossuficiente na sua satisfação ou promover formação sobre medidas preventivas e resolutivas de quadros de obstipação.

A elaboração do estudo retrospectivo permitiu objetivar a elevada incidência da obstipação nos doentes internados na UCIP 2, ao qual a equipa de enfermagem apresentava sensibilidade, fazendo

todo o sentido a implementação de um protocolo preventivo e de controlo da obstipação, incluindo medidas não farmacológicas, e investigar qual o impacto inerente à sua implementação.

A realização do estágio revelou ser importante para o desenvolvimento profissional e pessoal. Apesar de intenso face ao encurtamento do tempo de estágio associado à carga laboral e necessidade de estudo, revelou ser deveras importante na aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências que se mostram importantes para a melhoria da prestação de cuidados.

A realização do relatório, foi um verdadeiro desafio no que respeita à necessidade de reflexão, porém a sua concretização permitiu o crescimento pessoal e profissional no âmbito do cuidar em enfermagem. Conseguiu-se desenvolver todas as competências inerentes ao enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem. Este é um caminho que não finda com o *términus* do presente mestrado e relatório, mas como um impulsionador para novas fases desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- AGA. (2013). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterologia*, 144(1), 211-217. <https://bit.ly/3rnQZmV>
- Aleixo, F. (2016). *NP 4/X/E/CI - sistema de quantificação da carga de trabalho de enfermagem (therapeutic intervention scoring system – TISS 28)*. Portimão: CHUA.
- Aleixo, F. (2017). *Manual de Enfermagem - Unidade de cuidados intensivos polivalentes 2 - CHUA*. Portimão: CHUA.
- Araújo, A. R., Almeida, P., & Gonçalves, F. (2017). Obstipação. Em E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 57-64). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 13 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/38gM1zD>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Ed.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., Xavier, G., & Pereira, H. (2010). VII. Divulgação dos resultados - relatório final. *Metodologia Projecto: coletânea descritiva de etapas*, (15), 29-35.
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (01 de Dezembro de 2009). *Glossário da protecção civil*. Acedido a 31 de Março de 2021, de ANPC: <https://bit.ly/3rGCBoa>
- Azevedo, P. M., & Gomes, B. P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Referência - Revista de Enfermagem*, IV (5), 129-138.
- Azevedo, R. P., & Machado, F. R. (2013). Constipação intestinal em pacientes graves: muito mais do que imaginamos. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 73-72. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130014>
- Batassini, É., & Beghetto, M. (2019). Constipation in a cohort prospective in adult critically ill patients: How much occurs and why? *Enfermería Intensiva*, 30(3), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.05.001>

- Batista, A. (2018). *Protocolo 192/CHUA: Anticoagulação com citrato nas terapias de substituição renal na UCP2*. Portimão: CHUA.
- Beato, F. (2014). *MQ/SCE de 26/02/2014 - Manual da qualidade do serviço central de esterilização unidade hospitalar portimão*. Portimão: CHAlgarve, EPE.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. <http://www.jstor.org/stable/3462928>
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC.
- Berbiglia, V. A., & Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing. Em M. R. Alligood, *Nursing Theorists and Their Work* (9ª ed., pp. 240-257). Missouri: Elsevier. <https://bit.ly/2LNAeAV>
- Bharucha, A. E., & Lacy, B. E. (2020). Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*, 158(5), 1232–1249. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.12.034>
- Calvo, V. (2020). TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System. *IOSR-JNHS*, 9(5), 41-49. <https://doi.org/10.9790/1959-0905054149>
- Camilleri, M. (2021). Gastrointestinal motility disorders in neurologic disease. *J. Clin Invest.*, 131(4), e143771. <https://doi.org/10.1172/JCI143771>
- Caramona, M., Costa, F., Gonçalves, J., Osswald, W., Pinheiro, R. L., Polónio, J., Rodrigues, A., Sepodes, B., Silva, M. J., & Teixeira, A. A. (2016). *Infarmed, IP*. Acedido a 18 de Agosto de 2021, de *Prontuário terapêutico on-line*: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- Carneiro, A. V., Ivo, M., Girão, J., Pádua, F. D., & Lopes, M. G. (1993). Sistemas de prognóstico em cuidados intensivos: princípios gerais, desenvolvimento e aplicações clínicas. *Acta Médica Portuguesa*, 6, 87-93. <https://bit.ly/3yYewgc>
- CE & MCEEMC. (2017). *Parecer conjunto n.º 1/2017 do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- CHU. (2008). *CHBA na senda da qualidade*. Acedido a 8 de agosto de 2021, de CHUA EPE: <http://intranet.chua.local/?optionId=3.4&id=90>
- CHU. (2020). *Relatório de gestão de risco/ notificações plataforma CMRS_unidade de Faro*. Faro: Centro Hospitalar universitário do Algarve.
- CHU. (2021a). *Indicadores de qualidade*. Portimão: Ministério da Saúde.
- CHU. (2021b). COVID-19 - plano de contingência. Faro: CHUA.
- Cirocchi, R., Randolph, J., Panata, L., Verdelli, A. M., Mascagni, D., Mingoli, A., Zago, M., Chiarugi, M., Lancia, M., Fedeli, P., Davies, J., & Occhionorelli, S. (2020). The tip of the iceberg of colorectal perforation from enema: a systematic review and meta-analysis. *Techniques in Coloproctology*, 24(11). <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02294-7>
- Coelho, N., & Cunha, M. (2020). Padrão de infeção e antibioterapia em unidade de cuidados intensivos. *Millenium*, 2(ed espec nº5). <https://doi.org/10.29352/mill0205e.33.00339>
- Concelho Jurisdicional. (2008). *Parecer CJ - 8/2008: informações telefónicas a familiares e utentes*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem. (2017). *Parecer N.º 61/2017 - atribuição de tempo para a passagem de turno*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Constituição da República Portuguesa, aprovado pelo Decreto Lei de 10/04 de 1976, na redação que lhe foi dada pela Lei constitucional n.º 1/2005 de 12 Agosto 2005. (2005). Lisboa: Diário da República. Acedido a 10 de Novembro de 2021, de <http://www.pgdlisboa.pt/>
- DeCS. (Outubro de 2017). *In biblioteca virtual em saúde*. <http://decs.bvsalud.org>
- Dehghan, M., poor, A. F., Mehdipoor, R., & Ahmadinejad, M. (2018). Does abdominal massage improve gastrointestinal functions of intensive care patients with an endotracheal tube?: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.018>
- Despacho n.º 15423/2013 [Ministério da Saúde]. Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. 26 de novembro de 2013. Diário da República N.º 229, série II.

Despacho n.º 18459/2006 [Ministério da Saúde]. Define as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram, pelas quais se deve reger a determinação dos pontos de referência que a compõem. 12 de Setembro de 2006. Diário da República N.º 176 , série II.

Despacho n.º 9390/2021 [Ministério da Saúde]. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). 24 de setembro de 2021. Diário da República N.º 187, parte C, série II.

Devesa, L. M. (2016). *A importância da comunicação no contexto organizacional: a comunicação organizacional como ferramenta de desenvolvimento e eficácia de uma organização* [Dissertação para obtenção do grau de mestre, Instituto Politécnico de Setúbal , Escola Superior de Ciências Empresariais]. <https://bit.ly/31LICZX>

DGS. (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2018a). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2018b). *Norma n.º 002/2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2019). *Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2020a). *Norma 007/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2020b). *Norma 004/2020 - Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. Ministério da Saúde.

DGS. (s.d.). *Sistema nacional de notificação - departamento da qualidade na saúde: manual do profissional notificador*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://bit.ly/3FgQCAa>

Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A. L., & Ferreira, A. C. (2017). obstipação induzida pelos opióides em doentes oncológicos adultos. *Onco News*, 35, 32-40.

- Dionizio, L. C., & Cruz, I. C. (2019). Prática interprofissional de enfermagem baseada em evidência acerca de diagnóstico de enfermagem sobre risco de constipação Intestinal em UTI - revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 11(1). ISSN 1983-4152
- Dougherty, L., & Lister, S. (Ed.). (2015). *The royal marsden manual of clinical nursing procedures* (9ª ed.). Reino Unido: Wiley Blackwell. ISBN 978-1-118-74592-2
- Drägerwerk AG & Co. (2021). *PulmoVista® 500*. Acedido a 5 de Julho de 2021, de Dräger: <https://bit.ly/3yorMLd>
- Duarte, A., & Martins, O. (2019). *Controlo da Infecção hospitalar*. Lisboa: Lidel.
- ECDC. (2008). *Factsheet for experts - Antimicrobial resistance*. Acedido a 2 de dezembro de 2021, de ECDC: <https://bit.ly/3osrvog>
- ECDC. (2016). *Antibióticos de última linha estão a falhar: opções para lidar com esta ameaça urgente aos doentes e sistemas de saúde*. Estocolmo: ECDC.
- ECDC. (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive. Em ECDC, *Annual epidemiological report for 2017*. Estocolmo: ECDC.
- ECDC. (s.d.). *Factsheet for the general public - Antimicrobial resistance*. Acedido a 2 de dezembro de 2021, de ECDC: <https://bit.ly/3GzMhsD>
- Esteves, S., Roxo, A., Resendes, H., Pereira, L., Fernandes, N., Borges, S., Pereira, S., Albuquerque, S., Caramelo, S., Vargas1, S., & Carlos, T. (2018). Recomendações Portuguesas para a Gestão do Bloqueio Neuromuscular - 2017. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27, 4-29.
- Farmer, A., Drewes, A., Chiarioni, G., Giorgio, R. D., O'Brien, T., Morlion, B., & Tack, J. (2019). Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. *United European Gastroenterology Journal*, 7(1), 7-20. <https://doi.org/10.1177/2050640618818305>
- Fenton, J., Ness, W., & Hibberts, F. (2019). *Bowel Care: Management of Lower Bowel Dysfunction, including Digital Rectal Examination and Digital Removal of Faeces*. Londres: Royal College of Nursing.

- Ferrito, C. (2010). Metodologia Projecto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 2. ISSN 1646-5067
- Fonseca, A. M. (2018). *Parecer do Concelho de enfermagem N.º 104/2018*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3kjtbgC>
- Freitas, A., Mourato, J., Carioca, V., Dominginhos, P., & Maia, C. (2017). *Regulamento de funcionamento do mestrado em enfermagem*. Universidade de Évora: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde.
- Fukuda, S., Miyauchi, T., Fujita, M., Oda, Y., Todani, M., Kawamura, Y., Kaneda, K., & Tsuruta, R. (2016). Risk factors for late defecation and its association with the outcomes of critically ill patients: a retrospective observational study. *Journal of Intensive Care*, 4(33). <https://doi.org/10.1186/s40560-016-0156-1>
- Gamboa, A. (2020). Macrogol: risco de colite isquémica. *Boletim de farmacovigilância*, 24(6). Acedido a 23 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3D7cttH>
- Gaspar, J. (2015). Editorial. *Revista dirigir e formar*, (11), 2. ISSN 2182-7532
- GCL-PPCIRA. (2019a). *Regulamento n.º 16/CHUA de Fevereiro de 2019 - Regulamento do grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Portimão: CHUA EPE.
- GCL-PPCIRA. (2019b). *Relatório da auditoria de estrutura e processo das precauções básicas em controlo de infeção (PBCI) integrada na estrutura multimodal para a promoção das PBCI - 2019*. Portimão: CHUA EPE.
- GCL-PPCIRA. (2021). *Programa de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea - relatório 2018/2019*. Portimão: CHUA EPE.
- George, J. B., & colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática Profissional* (4ª ed.). Portalegre: Artemed.
- Getinge. (2020). *PiCCO technology: Hemodynamic monitoring at the highest level*. Alemanha: Pulsion Medical Systems SE.

- Gibson, C. M., & Pass, S. E. (2014). Enteral naloxone for the treatment of opioid-induced constipation in the medical intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 29(5), 803-807. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.005>
- Gracias, A. (2017). *Programa hospitalar segurança doente- programação anual de auditorias 2018*. Portimão: CHUA, EPE.
- Grupo COVID UHP. (2020). *Protocolo nº 252/CHUA - Plano de contingência COVID-19, 2ª vaga, unidade hospitalar portimão/lagos - Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. Portimão: CHUA.
- Grupo Operacional COVID UHP. (2021). *Plano de contingência COVID-19: 3ª VAGA - Unidade Hospitalar Portimão/Lagos Centro Hospitalar Universitário Do Algarve*. Portimão: CHUA.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência: manual de serviço*. Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Guerra, T. d., Marshall, N. G., & Mendonça, S. S. (2015). Constipation in Intensive Care. Em R. Rajendram, V. R. Preedy, & V. B. Patel, *Diet and Nutrition in Critical Care* (pp. 235-248). Nova Iorque: Springer reference. ISBN 978-1-4614-7837-9
- Hay, T., Bellomo, R., Rechnitzer, T., See, E., Abdelhamid, Y. A., & Deane, A. M. (2019). Constipation, diarrhea, and prophylactic laxative bowel regimens in the critically ill: A systematic review and meta-analysis,. *Journal of Critical Care*, 52, 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.004>
- Hayakawa, K. (2019). Aggressive fluid management in the critically ill: Pro. *Journal of Intensive Care*, 7(9), 1-3. <https://doi.org/10.1186/s40560-019-0361-9>
- Heinonen, T., Ferrie, S., & Ferguson, C. (2020). Gut function in the intensive care unit e What is 'normal'? *Australian Critical Care*, 33(2), 151-154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.007>
- Hill, M. M. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hofrichter, M. (2020). *Guia prático para fazer uma Análise SWOT*. Porto Alegre: Simplissimo Livros Ltda.

- Holstein, J. M., & Castro, A. A. (2019). Benefícios e métodos da mobilização precoce em uti: uma revisão sistemática. *LifeStyle Journal*, 6(2), 7-22. <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v6.n2.p7-22>
- ICN. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2021). *ICNP Browser*. Acedido a 10 de Julho de 2021, de International Council of Nurses: <https://bit.ly/2UJxlzR>
- INEM; DFEM. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: INEM.
- Kram, B., Greenland, M., Grant, M., Campbell, M. E., Wells, C., & Sommer, C. (2018). Efficacy and Safety of Subcutaneous Neostigmine for Ileus, Acute Colonic Pseudo-obstruction, or Refractory Constipation. *SAGE Journals*, 52(6), 505-512. <https://doi.org/10.1177/1060028018754302>
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 150 (6), 1393–1407.
- <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Ladeiro, R., Beato, F., & Augusto, E. (2018). *NP 20/XI/T de Abril 2018 - Esterilização de DM serviço central de esterilização centro hospitalar universitário do algarve*. Portimão: CHUA, EPE.
- Launey, Y., Painvin, B., Roquilly, A., Dahyot-Fizelier, C., Lasocki, S., Rousseau, C., Frasca, D., Gacouin, A., & Seguin, P. (2021). Factors associated with time to defecate and outcomes in critically ill patients: a prospective, multicentre, observational study. *Anaesthesia*, 76(2), 218–224. <https://doi.org/10.1111/anae.15178>
- Lei n.º 95/2019 [Assembleia da República]. Lei de Bases da Saúde. 04 de setembro de 2019. Diário da República N.º 169, Série I.
- Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro na sua versão atual Lei n.º 26/2016 [Ministério da Saúde]. Informação genética pessoal e informação de saúde. 22 de Agosto 2016. Diário da República N.º 160, Série I.
- Lei n.º 27/2006, de 03/07 na sua versão actualizada Lei n.º 80/2015 [Assembleia da República]. Lei de Bases da Protecção Cívil. 3 de Agosto 2015. Diário da República N.º 149, Série I.

- Lew, C. C., Wong, G. J., Tan, C. K., & Miller, M. (2019). Performance of the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) in the prediction of hospital mortality in a mixed ICU in Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 28(3), 147–152. <https://doi.org/10.1177/2010105818812896>
- Lima, M. B., & Pereira, M. C. (2017). Constipação intestinal em pacientes tratados com opióides: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*, 30 (2), 275-282. <https://bit.ly/381hs0t>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. <https://bit.ly/3ownDSb>
- Mahran, G., Mahgoup, A., Kamel, E. Z., & Ahmad, M. M. (2019). Effect of 2 Enteral feeding Schedules on Intra-abdominal pressure in Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Controlled Trial. *Critical Care Nurse*, 39 (6), 29-35. <https://doi.org/10.4037/ccn2019967>
- Malbrain, M. L., Langer, T., Annane, D., Gattinoni, L., Elbers, P., Hahn, R. G., laet, I. D., Minini, A., Wong, A., Ince, C., Muckart, D., Mythen, M., Caironi, P., & Regenmortel, N. V. (2020). Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Annals of Intensive Care*, 10(64), 2-19. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00679-3>
- Martins, I., & Figueiredo, L. M. (2016). Obstipação crónica – Novos agentes farmacológicos. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 13(2), 31-35. ISSN 2183-3729
- MCEEMC. (2017). *Parecer N.º 10 / 2017*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- MCEER. (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação* (Vol. série 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4ª ed.). Filadélfia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreno, R. P., & A. P. (2017). O APACHE II é uma ferramenta útil para pesquisa clínica? *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 29(3), 264-267. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170046>

- Mota, M., Sousa, L., Bico, I., & Marques, M. d. (2020). Decúbito ventral na síndrome de dificuldade respiratória no adulto após infecção por coronavírus. *REPER*, 32(Suplemento 2 - COVID19), 16-22. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777>
- MS. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa Saúde.
- MS. (5 de Maio de 2021). Covid-19: Dádiva de Plasma. *Serviço Nacional de Saúde*. Acedido a 21 de Novembro de 2021, de <https://bit.ly/3qVNvtx>
- Mukherjee, S., & John, S. (10 de Julho de 2021). *Lactulose*. Acedido a 23 de Agosto de 2021, de StatPearls: <https://bit.ly/3D9jRVh>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Almargem do Bispo: Lusodidacta - Sabooks.
- Núñez, D., Gouveia, J., Sousa, J. P., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de medicina intensiva*. Lisboa: República Portuguesa Saúde.
- OE. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE. (2015a). *Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: 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*. Leiria: Ordem dos enfermeiros.
- OE. (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ponta Delgada. Acedido a 7 de Novembro de 2021, de <https://bit.ly/3H8VUQ2>
- OE. (20 de Outubro de 2020). *Dia Mundial dos Cuidados de Saúde baseados na Evidência*. Acedido a 25 de Agosto de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: <https://bit.ly/3mwwwDW>
- Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: teorias e aplicação*. Lisboa: Lidel.

- Oliveira, A., Santos, S. C., Morna, H., & Casimiro, C. (2020). Obstipação Crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico. *Revista portuguesa de coloproctologia*, 17 (1), 31-39. <https://bit.ly/3y2TigH>
- Oliveira, M. S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). *Situação de exceção: manual TAS* (1ª ed.). Lisboa: INEM.
- OMS. (2016). *Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Génova: World Health Organization.
- OMS. (2020a). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra.
- OMS. (29 de junho de 2020b). *Listagens da resposta da OMS ao COVID-19*. Acedido a 2 de dezembro de 2021, de World Health Organization: <https://bit.ly/3xZh2E4>
- OMS. (2020c). *Antibiotic resistance*. Acedido a 2 de dezembro de 2021, de World Health Organization: <https://bit.ly/3DsvHJa>
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M., Cruz, V., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2), 229-33. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patel, P. B., Brett, S. J., O'Callaghan, D., Anjum, A., Cross, M., Warwick, J., & Gordon, A. C. (2020). Methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation and gastrointestinal stasis in intensive care patients. Results from the MOTION trial. *Intensive Care Medicine*, 46 (4), 747-755. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05913-6>
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

- Pereira, O. G., Gouveia, A. P., Silva, F. C., & Alegria, J. P. (9 de Julho de 2021a). *Naloxona*. Acedido a 21 de Agosto de 2021, de *Índice® Profissional*: <https://bit.ly/2XMwBkv>
- Pereira, O. G., Gouveia, A. P., Silva, F. C., & Alegria, J. P. (9 de Julho de 2021b). Brometo de metilnaltrexona. Acedido a 21 de Agosto de 2021, de *Índice® Profissional*: <https://bit.ly/3y3HUB5>
- Pereira, P., & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73. <https://bit.ly/3HHt5KJ>
- Pérez-Sánchez, J., Fernández-Boronat, J., Martínez-Méndez, E., Marín-Cagigas, M., Mota-Puerto, D., Pérez-Román, M., & Martínez-Estalella, G. (2017). Evaluation and handling of constipation in critical patients. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.10.003>
- Pestana, M. H., & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS* (5ª edição ed.). Lisboa: Edições sílabo.
- Philips. (2021). *CoughAssist E70: Inflado mecânico-BLOW*. Acedido a 5 de Julho de 2021, de Philips: <https://philips.to/3AxiPkw>
- Pires, L. (2018). *Protocolo 195/CHUA: analgesia, sedação e delirium na UCP2*. Portimão: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Prat, D., Messikab, J., Millereuxa, M., Gouezela, C., Hamzaoui, O., Demars, N., Jacobs, F., Trouiller, P., Ricard, J.-D., & Sztrymf, B. (2018). Constipation in critical care patients: both timing and duration matter. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 30(9), 1003-1008. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001165>
- Puentes, J. (2019). *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa* [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina]. <https://bit.ly/3s3cStJ>
- Queirós, P. (2010). Editorial - Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem* (21), 5-7. <https://bit.ly/3nECVVq>

- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(3)*, 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of translational internal medicine*, 5(2), 90-92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- Regulamento n.º 140/2019 [Ordem dos enfermeiros]. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 6 fevereiro de 2019. Diário da República N.º 26, Série II.
- Regulamento n.º 429/2018 [Ordem dos enfermeiros]. 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. 16 de julho de 2018. Diário da República N.º 135, série II.
- Ribeiro, A., Figueira, A., Couto, A., Carreira, A., & Severino, R. (2010a). V. Execução. *Percursos*, (15), 24-25.
- Ribeiro, A., Figueira, A., Couto, A., Carreira, A., & Severino, R. (2010b). VI. Avaliação. *Percursos*(15), 24-29.
- Rodrigues, C., Gonçalves, D., Mendes, P., Baião, P., Rodrigues, S., Carvalho, S., & Pereira, V. (2010). IV. Planeamento. *Percursos*, (15), 20-22.
- Rodrigues, N. S., Chaves, M. F., Costa, N. D., Franco, T. D., & Dornelles, C. D. (2019). A importância do enfermeiro na central de material e esterilização. *O 6º Congresso Internacional em Saúde CIsaúde-2019*. Brasil: Congresso Internacional em Saúde. Acedido a 10 de Novembro de 2021, de <https://bit.ly/3oeKf9E>
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. d., Moura, A. A., & Zanetti, A. C. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 138-146. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Santos, A. F., Franja, C. C., & Mateus, R. A. (2012). Nutrição em Pessoa em Situação Crítica – Um Compromisso Para a Excelência do Cuidar! Em D. Silva, & M. Cunha, *Compromisso com a*

- Excelência – Cuidar a Pessoa em Situação Crítica* (pp. 47-59). Viseu: Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15, 508-511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, L. R., & Araújo, N. M. (2018). Garantia de qualidade e eficiência em Saúde. *Revista portuguesa gestão e Saúde*. Acedido a 26 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3DmGbe7>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (1997). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Singer, P., Blaser, A., Berger, M., Alhazzani, W., Calder, P., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J., Pichard, C., Preiser, J.-C., Zanten, A., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48-79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Smonig, R., Wallenhorst, T., Bouju, P., Letheulle, J., Tulzo, Y. L., Tadie', J. M., & Gacouin, A. (2016). Constipation is independently associated with delirium in critically ill ventilated patients. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 126–127. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4050-4>
- Soares C. B., Hoga L. A. K., Peduzzi M., Sangaleti C., Yonekura T., Silva D. R. A. D. (2014) Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
- Sobrado, C. W., Neto, I. J., Pinto, R. A., Sobrado, L. F., Nahas, S. C., & Cecconello, I. (2018). Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of Coloproctology*, 38 (2), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.02.003>
- Sousa, L. M., Marques, J. M., & Firmino, C. F. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista investigação em enfermagem*, 31-39. <https://bit.ly/2WiL6M9>
- SPMS EPE. (2021a). *Ensino e investigação*. Acedido a 4 de Novembro de 2021, de Serviço Nacional de Saúde - Centro Hospitalar Universitário do Algarve: <https://bit.ly/3bK96Mx>

- SPMS EPE. (2021b). *Posicionamento estratégico*. Acedido a 2021 de Novembro de 2021, de Serviço Nacional de Saúde - Centro Hospitalar Universitário do Algarve: <https://bit.ly/3nVC1Df>
- SPMS EPE. (2021c). *CHUALGARVE em números*. Acedido a 5 de Julho de 2021, de Serviço Nacional de Saúde - Centro Hospitalar Universitário do Algarve: <https://bit.ly/3xkZyRw>
- SPMS EPE. (2021d). *Humanização e qualidade*. Acedido a 2021 de Novembro de 2021, de Serviço Nacional de Saúde - Centro Hospitalar Universitário do Algarve: <https://bit.ly/2YTUyHp>
- Sultan, S., Altayar, O., Siddique, S. M., Davitkov, P., Feuerstein, J. D., Lim, J. K., Falck-Ytter, Y., & El-Serag, H. B. (2020). AGA Institute Rapid Review of the Gastrointestinal and Liver Manifestations of COVID-19, Meta-Analysis of International Data, and Recommendations for the Consultative Management of Patients with COVID-19. *Gastroenterology*, *159* (1), 320–334. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.001>
- Teixeira, D. (2021). *Armazém avançado em contexto hospitalar: método de reposição por níveis*. Relatório de projeto para obtenção do grau de mestre, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Aveiro.
- Teófilo, C., Cabeças, D., Freitas, D., Castro, M., Rodrigues, M., & Silva, S. (2010). Metodologia Projecto: Coletânea descritiva. *Percursos*, (15), 10-17. ISSN 1646-5067
- Thomas, C. (2000). *Dicionário médico enciclopédico: Taber* (17ª ed.). Brasil: Manole Ltda.
- Ugras, G. A., Yüksel, S., Isik, M. T., Tasdelen, B., Dogan, H., & Mutluay, O. (2020). Effect of abdominal massage on bowel evacuation in neurosurgical intensive care patients. *Nursing in Critical Care*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12575>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e Intervenções* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Vaz, A., Rocha, D., Malcata, F., Meireles, L., Santos, R., Silva, S., & Caturna, T. (2010). Metodologia projecto: Coletânea descritiva em etapas. *Percursos*, (15), 18-19.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., Coelho, M. T., & Silva, P. C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde - ACSS, IP.

Vincent, J.-L., & Preiser, J.-C. (2015). Nutrition Issues In Gastroenterology, series 144 - Getting Critical About Constipation. *Practical Gastroenterology*, 39(8), 14-25. <https://bit.ly/3wHX3HF>

WGO. (2010). Constipação: uma perspectiva mundial. Estados Unidos da América. Acedido a 10 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3z7PXOW>

WGO. (2018). Dieta e intestino. Estados Unidos da América. Acedido a 17 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3xUtlu8>

Zhou, B., Yuan, Y., Zhang, S., Guo, C., Li, X., Li, G., Xiong, W., & Zeng, Z. (2020). Intestinal Flora and Disease Mutually Shape the Regional Immune System in the Intestinal Tract. *Frontiers in Immunology*, 11 (575), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00575>

APÊNDICES

APÊNDICE I: CONSENTIMENTO INFORMADO

Mestrado em Enfermagem em Associação



IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado(a) que:

- Pretendem realizar um estudo sobre o impacto da obstipação no âmbito do doente crítico;
- A participação neste estudo é grátis, não implicando qualquer pagamento;
- Ao aceitar participar no estudo, devo preencher o questionário que me entregaram e devolvê-lo à investigadora;
- Posso desistir do estudo a qualquer momento, sempre que eu ache conveniente, e sem qualquer prejuízo.

Sei o que está escrito neste consentimento, porque o li e compreendi, pelo que assinalo a opção por mim escolhida:

Aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo.

APÊNDICE II: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DA UCIP 2

Mestrado em Enfermagem em Associação



ESTUDO: Impacto de quadro de obstipação no doente internado e em contexto de cuidados intensivos.

INVESTIGADORES: Ana Filipa Abreu Silva, enfermeira.

ENFERMEIRO ORIENTADOR: Enfermeiro F [REDACTED] A [REDACTED]; Enfermeira J [REDACTED] S [REDACTED]

ORIENTADOR: Professora Ana Paula Sapeta

Eu, Ana Filipa Abreu Silva, enfermeira no serviço de urgência Médico-cirúrgica da Unidade Hospitalar de [REDACTED] do Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] e aluna do 5º Mestrado em Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção profissional na unidade de cuidados intensivos polivalente da [REDACTED], do CH [REDACTED], que se enquadra na linha de investigação “segurança e qualidade de vida”, nomeadamente na área de “autocuidado e gestão de regime terapêutica no doente crítico” e será desenvolvido ao longo da Unidade Curricular estágio final.

O projeto terá como área temática “O impacto da obstipação no doente crítico” e tem como objetivo identificar qual a perceção dos enfermeiros no que refere ao impacto de quadros de obstipação no doente crítico. Desta forma o questionário encontra-se dividido em duas partes, uma onde serão solicitados dados sociodemográficos e académicos com o intuito de caracterizar a equipa de enfermagem e uma segunda parte onde estão contempladas questões de resposta fechada de forma a perceber qual a perceção que os enfermeiros apresentam acerca do tema.

Os aspetos éticos inerentes a esta pesquisa, nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade das fontes e o anonimato, serão respeitados. Informa-se ainda que a participação é livre, tendo o direito de não participar ou desistir em qualquer momento sem qualquer prejuízo, porém ressalvo a importância da sua participação para a elaboração deste projeto de intervenção.

Para qualquer esclarecimento, pode contactar através do telemóvel 96 [REDACTED] 2 ou e-mail afabreus@gmail.com.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÉMICA

Complete os espaços em branco e assinale com X os que se lhe adequa.

Idade _____ Anos

Género Feminino
 Masculino

Há quantos anos trabalha? _____ Anos

Há quantos anos trabalha em cuidados intensivos? _____ Anos

Possui título de Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista
Qual a área de especialização?

PARTE II – IMPACTO SOBRE A OBSTIPAÇÃO

De acordo com a sua opinião responda as seguintes questões, preenchendo a tabela seguinte tendo em conta se considera as questões como verdadeiro (V) ou falso (F).

	V	F
Considera-se obstipação dejeções superior 1 semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas podem causar obstipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os opioides aumentam a motilidade intestinal, e as secreções intestinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadros de obstipação facilitam o desmame ventilatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A obstipação está relacionada com o mau prognóstico do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipação agrava a intolerância a nutrição entérica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considera pertinente a formação em serviço sobre a prevenção e tratamento de quadros de obstipação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE III: RESUMO DO ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA RIASE

IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO: SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: mapear a evidência disponível sobre os efeitos da obstipação na saúde do doente crítico.

Métodos: foi realizada uma scoping review, baseada nos critérios do JBI para responder à pergunta PCC: Qual a evidência disponível sobre os efeitos da obstipação na saúde do doente crítico internado em cuidados intensivos? A pesquisa eletrónica foi realizada numa única fase em agosto de 2021, utilizando a plataforma EBSCOhost e aplicando os descritores em saúde combinadas com os booleanos “AND” e “NOT”, na sequência: “constipation” “AND” “Critical Care” “AND” “Patients” “NOT” “child*” NOT “animals”.

Resultados: dos 330 estudos disponíveis, seleccionámos apenas 5, que cumpriam os critérios predefinidos. Percebeu-se que a obstipação é um problema com grande incidência no doente crítico, estando relacionada com múltiplos fatores. O tratamento pode ser farmacológico e não farmacológico.

Conclusões: é recomendada a deteção precoce e o seu tratamento. O enfermeiro assume um papel imprescindível quer seja na avaliação do doente, no registo do padrão da eliminação intestinal, quer na instituição de medidas preventivas e de tratamento do doente. Não houve referência quanto ao tempo de internamento, nem ao benefício do levante precoce. Observou-se a redução do risco de obstipação associado a uso de omeprazol e ranitidina, porém sugerem-se mais estudos.

Palavras-chave: Obstipação; Cuidados intensivos; Paciente; Tratamento farmacológico; Tratamento não farmacológico.

APÊNDICE IV: IMPRESSO DE COLHEITA DE DADOS

FICHA DE COLHEITA DE DADOS

Género Feminino
 Masculino

Idade Anos

Quantos dias internado em contexto de UCI? Dias
 Qual o índice de gravidade APACHE II?

Dias de internamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quando apresentou dejeções face ao dia de internamento?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Foi instituída alguma terapêutica laxante?

Sim	Qual? _____
Não	

Doente com VMI?	Sim		Quantos dias o doente esteve ventilado?	<input type="text"/>	Dias
	Não				
Desmame ventilatório?	Sim		Quantos dias de desmame ventilatório?	<input type="text"/>	Dias
	Não				

Tinha substância vasoativa em curso?	Sim		Qual?	<input type="text"/>																			
	Não		Dose	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
Tinha substância sedativa em curso?	Sim		Qual?	<input type="text"/>																			
	Não		Dose	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
Tinha opioides em curso?	Sim		Qual?	<input type="text"/>																			
	Não		Dose	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			

Doente com alimentação entérica em curso?	Sim		Qual o dia de internamento que iniciou a nutrição entérica?	<input type="text"/>	Dias
	Não				
Doente com hidratação entérica em curso?	Sim		Qual o dia que iniciou a hidratação?	<input type="text"/>	Dias
	Não				

APÊNDICE V: RESUMO DO ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA REFERÊNCIA

ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMO

Enquadramento: A obstipação no doente crítico é um problema comum e com várias complicações associadas.

Objetivo: Caracterizar o impacto da obstipação nos doentes internados em cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021.

Metodologia: desenvolvido um estudo retrospectivo e observacional, sob técnica de amostragem não probabilística acidental, aos doentes internados em cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021.

Resultados: foram incluídos no estudo 73 doentes, a maioria do género masculino e em idade laboral. A obstipação apresentou uma incidência de 68,42%. Os doentes obstipados apresentaram, em média, mais dias de internamento e de ventilação mecânica assistida. Os doentes com nutrição entérica apresentaram risco acrescido para desenvolver obstipação. A lactulose, bisacodilo ou sene foram os laxantes mais utilizados.

Conclusão: Face à elevada incidência e ao impacto negativo da obstipação na saúde do doente crítico, sugere-se a implementação de um protocolo preventivo e de controlo da obstipação. Realça-se a importância do enfermeiro enquanto profissional de proximidade, no diagnóstico precoce e na instituição de medidas preventivas.

Palavras-chave: obstipação; cuidados intensivos; paciente crítico; adulto; avaliação do impacto na saúde

APÊNDICE VI: PÓSTER “ESTUDO RETROSPETIVO SOBRE O IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NUMA UCI”



V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica



ESTUDO RETROSPETIVO SOBRE O IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NUMA UCI

Ana Filipa Silva, RN, MSc, Enfermeira no CHUA, afabreus@gmail.com
Paula Sapeta, RN, MSc, PhD, Professor Coordenador na ESALD, IPCB, paulasapeta@ipcb.pt

INTRODUÇÃO

A obstipação é um dos problemas frequentes no doente crítico, com elevada incidência e com múltiplas etiologias^(1,2,3). Contudo esta não tem sido uma prioridade no tratamento do doente crítico, apesar das complicações associadas⁽⁴⁾.

Segundo os critérios ROMA IV, são vários os critérios de diagnóstico de para obstipação funcional ou secundária a opioides⁽⁵⁾. Porém em cuidados intensivos, entende-se por obstipação, quando o doente apresenta a primeira dejeção entre o primeiro e o sexto dia de internamento, uma vez que a sua condição de vida está deveras condicionada comparativamente à sua condição de vida habitual⁽²⁾.

A equipa de enfermagem do serviço onde decorreu o estudo, apresenta sensibilidade para a elevada incidência de obstipação nos doentes internados na UCI. Apesar de ser registado em notas de enfermagem o padrão de eliminação do doente em cada turno, não está cientificamente demonstrado.

Desta forma, pretende-se realizar um estudo retrospectivo, para materializar e demonstrar cientificamente a presença de obstipação nesta unidade em específico.

01 METODOLOGIA

Tipo estudo:
Retrospectivo, observacional, analítico e transversal.

Técnica de amostragem:
Amostragem não probabilística acidental, calculando o tamanho da amostra segundo o caminho do esforço mínimo: “amostra de...”, dimensão tão grande quanto possível dentro dos limites dos recursos disponíveis (...)⁽⁶⁾.

Análise estatística:
Foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 24. Utilizado estatística descritiva e os testes de hipóteses estatísticas admitindo-se um nível de significância a 5% para um máximo de erro do tipo I na rejeição da hipótese nula.

Crítérios de inclusão: todos os doentes críticos com idade superior ou igual a 18 anos, quer sejam do género masculino ou feminino, internados em contexto de unidade de cuidados intensivos no primeiro semestre de 2021 num hospital do sul de Portugal.

Crítérios de exclusão: doentes internados com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, intervenções cirúrgicas ao tubo digestivo ou com lesão medular.

Variáveis do estudo: género, idade, tempo de internamento em UCI, índice de APACHE II, dia de dejeção, terapêutica laxante instituída, Ventilação mecânica invasiva (VMI) e o tempo do mesmo, desmame ventilatório; administração de fármacos vasoativos, opioides ou sedativos; administração de nutrição entérica (NE) e hidratação e o dia de início

A **colheita de dados** foi realizada numa única fase, através da consulta do processo clínico na aplicação B-ICU.CARE®.

Face à pandemia COVID 19, durante o primeiro semestre de 2021 foram ativadas várias fases do plano de contingência no hospital onde decorreu o estudo. Assim, foram incluídos todos os doentes críticos internados em contexto de cuidados nos vários serviços hospitalares.

02 RESULTADOS

Amostra



Gráfico 1: Amostra. Foram selecionados 73 dos 306 doentes internados no serviço de medicina intensiva.

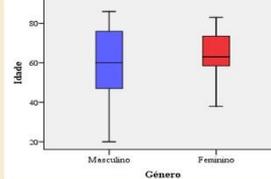


Gráfico 2: Idade/género. 72,6% (53/73) são do género masculino, 27,4% género feminino (20/73). A idade varia entre os 20-80 anos. Os homens são mais novos em média ($\mu=59,74$ anos) comparativamente às mulheres ($\mu=63,65$ anos).

03 DISCUSSÃO

- A incidência da obstipação encontrada, enquadra-se nos valores descritos na bibliografia, 63-71%^(3,7).
- A dieta oral deve ser privilegiada à nutrição entérica ou parentérica, em caso de impossibilidade deve a nutrição entérica ser iniciada antes 48 horas⁽⁸⁾.
- O tratamento da obstipação passa pelo aumento de ingestão de líquido, contudo a hidratação do doente crítico é minuciosa^(9,10,11).
- Tratamento farmacológico da obstipação deve iniciar-se com a administração de laxantes estimulantes (sene, bisacodilo) ou osmóticos (lactulose), seguido de agentes secretores gastrointestinais (lubiproston e a linaclotida), pro-cinéticos ou antagonistas dos opioides^(5,12).
- A obstipação no doente crítico, está associada a um aumento dos dias de necessidade de VMI, dificuldade no desmame ventilatório, aumento dos dias de internamento, atraso no esvaziamento gástrico e intolerância à alimentação entérica, e mau prognóstico comparativamente a doente não obstipados^(1,2,3).
- Os opioides têm ação na motilidade gástrica e na contração do esfíncter anal interno, provocando uma estagnação do conteúdo intestinal, devido à grande afinidade com vários receptores (μ , δ e κ) difundidos pelo sistema gastrointestinal⁽¹³⁾.
- Deve ser descontinuada a terapêutica que possa desenvolver obstipação⁽¹⁴⁾, mas nem sempre é possível, pela necessidade sedoanalgesia que o doente crítico apresenta.

Dejeções

52,05% dos doente sem dejeções durante o internamento. 68,42% (26/38) dos doentes com internamento > 3 dias apresentaram obstipação.

Dias Internamento

Os doentes estiveram internados em média 5,53 dias. Os doentes obstipados apresentaram mais dias de internamento ($\mu=10,08$ dias), contrariamente aos não obstipados.*

VMI

Os doentes em média apresentaram-se 4,21 dias ventilados. Os doentes obstipados apresentaram-se ventilados em média mais dias ($\mu=5,94$ dias), comparativamente aos doentes não obstipados ($\mu=3$ dias).*

Nutrição entérica

Doente com nutrição entérica têm cerca de 3 vezes (3,09%) mais probabilidade de desenvolver obstipação, do que os doentes sem nutrição entérica.*

*Diferença estatisticamente significativas.



Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a obstipação e cada uma das seguintes variáveis.

Tratamento laxante instituído



Gráfico 3: tratamento laxante instituído. 50% (13/26) dos doentes obstipados nunca foi instituído qualquer tratamento farmacológico. Os fármacos utilizados foram: lactulose, bisacodilo e sene

Questões éticas e financiamento

Foi garantido o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos doentes. O estudo foi autorizado pelo conselho de ética a 12 Agosto 2021 e pelo conselho de administração a 26 Agosto 2021 onde decorreu o estudo. Não foi recebido qualquer tipo de financiamento quer seja da unidade hospitalar, seja de outra entidade. Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.

Bibliografia utilizada disponível no link:

<https://qrcd.de/bcTQYJ>

ou através do QR Code



APÊNDICE VII: PLANO PEDAGÓGICO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO	
Tema da sessão	O impacto da obstipação no doente crítico
Destinatários	Enfermeiros do serviço UCIP II
Data	Quinta-feira, 7 outubro 2021
Hora	16-17h
Local	Via presencial: sala de reuniões da UCIP II Via online: reunião por Microsoft Teams
Duração	60 Minutos
Formadores	Ana Filipa Abreu Silva

OBJETIVOS	
Geral	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir conhecimentos acerca do impacto da obstipação no doente crítico.
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Relembrar anatomofisiologia do tubo digestivo; Definir obstipação; Descrever a etiologia da obstipação; Especificar o diagnóstico de obstipação; Diferenciar o tratamento farmacológico e o não farmacológico; Enumerar as várias complicações associadas à obstipação no doente crítico; Compreender a importância da prevenção e resolução de quadros de obstipação; Apresentar os resultados do estudo retrospectivo.

	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO	AVALIAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do formador; Apresentação do tema do trabalho; Apresentação do sumário; Objetivos Gerais; Objetivos Específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Power Point Retroprojektor Internet (Via Microsoft Teams) 	Expositiva	5 Minutos	-----
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Anatomofisiologia do tubo digestivo; Definição de obstipação; Etiologia da obstipação; Diagnóstico de obstipação; Tratamento não farmacológico e farmacológico; Impacto da obstipação; Resultados do estudo retrospectivo; 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Power Point Retroprojektor Internet (Via Microsoft Teams) 	Expositiva	40 Minutos	-----
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese do trabalho; Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Power Point Retroprojektor Internet (Via Microsoft Teams) 	Expositiva Interrogativa	5 Minutos	-----
Avaliação da sessão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da sessão; Avaliação do formador; Consolidação de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Power Point Retroprojektor Internet (Via Microsoft Teams) Papel e Caneta Google forms 	Expositiva Interrogativa Ativa	10 Minutos	Exercício de resposta fechada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, A. R., Almeida, P., & Gonçalves, F. (2017). Obstipação. Em E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 57-64). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 13 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/38gM1zD>
- Azevedo, P. M., & Gomes, B. P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Referência - Revista de Enfermagem, IV* (5), 129-138. <https://doi.org/ISSN: 0874-0283>
- Azevedo, R. P., & Machado, F. R. (2013). Constipação intestinal em pacientes graves: muito mais do que imaginamos. *Rev Bras Ter Intensiva, 25*(2), 73-72. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130014>
- Bezerra de Lima, M., e Carneiro Alves Pereira, M. (2017). Constipação intestinal em pacientes tratados com opioides: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em promoção da saúde, 30* (2), 275-282. ISSN: 1806-1222
- Bharucha, A. E., & Lacy, B. E. (2020). Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology, 158*(5), 1232–1249. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.12.034>
- Caramona, M., Costa, F., Gonçalves, J., Osswald, W., Pinheiro, R. L., Polónio, J., Rodrigues, A., Sepodes, B., Silva, M. J., & Teixeira, A. A. (2016). *Infarmed, IP*. Acedido a 18 de Agosto de 2021, de Prontuário terapêutico on-line: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- Dougherty, L., & Lister, S. (Ed.). (2015). *The royal marsden manual of clinical nursing procedures* (9ª ed.). Reino Unido: Wiley Blackwell. ISBN 978-1-118-74592-2
- Farmer, A., Drewes, A., Chiarioni, G., Giorgio, R. D., O'Brien, T., Morlion, B., & Tack, J. (2019). Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. *United European Gastroenterology Journal, 7*(1), 7-20. <https://doi.org/10.1177/2050640618818305>
- Fenton, J., Ness, W., & Hibberts, F. (2019). *Bowel Care: Management of Lower Bowel Dysfunction, including Digital Rectal Examination and Digital Removal of Faeces*. Londres: Royal College of Nursing.
- Fukuda, S., Miyauchi, T., Fujita, M., Oda, Y., Todani, M., Kawamura, Y., Kaneda, K., & Tsuruta, R. (2016). Risk factors for late defecation and its association with the outcomes of critically ill patients: a retrospective observational study. *Journal of Intensive Care, 4*(33). <https://doi.org/10.1186/s40560-016-0156-1>
- Guerra, T. d., Marshall, N. G., & Mendonça, S. S. (2015). Constipation in Intensive Care. Em R. Rajendram, V. R. Preedy, & V. B. Patel, *Diet and Nutrition in Critical Care* (pp. 235-248). Nova Iorque: Springer reference. ISBN 978-1-4614-7837-9
- Hay, T., Bellomo, R., Rehnitz, T., See, E., Abdelhamid, Y. A., & Deane, A. M. (2019). Constipation, diarrhea, and prophylactic laxative bowel regimens in the critically ill: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care, 52*, 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.004>

- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology, 150* (6), 1393–1407. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Mesa Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação* (Vol. série 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Santos, S. C., Morna, H., & Casimiro, C. (2020). Obstipação Crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico. *Revista portuguesa de coloproctologia, 17* (1), 31-39. <https://bit.ly/3y2TigH>
- Pokorny, M. E. (2014). *Nursing Theorists of Historical Significance*. Em M. R. Allgood, *Nursing Theorist and their work*. Estados Unidos da América: Mosby Elsevier.
- Prat, D., Messikab, J., Millereux, M., Gouezela, C., Hamzaoui, O., Demars, N., Jacobs, F., Trouiller, P., Ricard, J.-D., & Sztrymf, B. (2018). Constipation in critical care patients: both timing and duration matter. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 30*(9), 1003-1008. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001165>
- Puentes, J. (2019). *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa* [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina]. <https://bit.ly/3s3cStJ>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (1997). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sobrado, C. W., Neto, I. J., Pinto, R. A., Sobrado, L. F., Nahas, S. C., & Ceconello, I. (2018). Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of Coloproctology, 38* (2), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.02.003>
- Thomas, C. (2000). *Dicionário médico enciclopédico: Taber* (17ª ed.). Brasil: Manole Ltda.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenções* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-08-6
- Vincent, J.-L., & Preiser, J.-C. (2015). Nutrition Issues In Gastroenterology, series 144 - Getting Critical About Constipation. *Practical Gastroenterology, 39*(8), 14-25. <https://bit.ly/3wHX3HF>
- World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. (2018). *Dieta e intestino*. Estados Unidos da América. Acedido a 17 de Agosto de 2021, de <https://bit.ly/3xUtlu8>
- Zhou, B., Yuan, Y., Zhang, S., Guo, C., Li, X., Li, G., Xiong, W., & Zeng, Z. (2020). Intestinal Flora and Disease Mutually Shape the Regional Immune System in the Intestinal Tract. *Frontiers in Immunology, 11* (575), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00575>

APÊNDICE VIII: CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Faculdade Superior de Enfermagem
1420 João de Deus

Instituto Português de Saúde
Saúde

ES
Escola Superior
Saúde
Ponte de Lima

IPS
Instituto Português de Saúde
Escola Superior de
Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Especialização em enfermagem médico-cirúrgica. A pessoa em situação crítica.

FORMAÇÃO

O IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

Realizado por Enf.^a Ana Filipa



7 Outubro 2021 - 16:00h

Via presencial: sala de reuniões da UCIP2
Via online: Microsoft teams

APÊNDICE IX: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



O impacto da obstipação no doente crítico



De acordo com a sua opinião responda às seguintes questões, sabendo que:
Verdadeiro (V) e Falso (F)

	V	F
Considera-se obstipação ausência de dejeções superior a 1 semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os opioides aumentam a motilidade intestinal e as secreções intestinais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A obstipação não influencia o tempo ventilação mecânica invasiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A obstipação está relacionada com o mau prognóstico do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A massagem abdominal não deve ser aplicada em doentes obstipados internados em UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação do formador atrás →

Assinale a resposta de acordo com a sua opinião, sabendo que:

1- Fraca | 2 – Satisfatória | 3 – Boa | 4 - Muito Boa | 5 – Excelente

Os objetivos propostos foram cumpridos

1 2 3 4 5

A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação

1 2 3 4 5

Os conteúdos foram adequados

1 2 3 4 5

A linguagem utilizada foi clara e assertiva

1 2 3 4 5

O formador demonstrou dominar os conteúdos tratados

1 2 3 4 5

Sugestões

Apreciação global

1 2 3 4 5

ANEXOS

ANEXO I: AUTORIZAÇÃO PELO COMITÉ DE ÉTICA E PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Ministério da Saúde

FARMA

Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação: **"Projeto de intervenção em serviço : impacto da obstipação no doente crítico"**, teve como integrante na Equipa de Investigação a enfermeira **Ana Filipa Silva**, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED], sendo que obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde a 12-08-2021 e foi autorizado pelo Conselho de Administração a 26-08-2021.

Faro, 27 de Agosto de 2021

A Coordenadora do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Dra. V. [REDACTED] ira

FARMA

ANEXO II: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE PÓSTER NO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

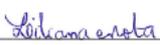
V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, com o documento de identificação n.º 0, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de **16 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica

LILIANA MOTA
Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora

ÂNDREA FIGUEIREDO
Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Ussaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, apresentou o póster **“Estudo retrospectivo sobre o impacto da obstipação numa UCI”**, da autoria de Ana Filipa Abreu Silva e Paula Sapeta, no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica

LILIANA MOTA
Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora

ÂNDREA FIGUEIREDO
Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



ANEXO III: CERTIFICADO DE REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O IMPACTO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

Ministério da Saúde

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço **"O impacto da obstipação no doente crítico"**, na qualidade de formadora/orador/a, realizada a 07 de outubro de 2021 no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, da Unidade Hospitalar de P██████, do Centro Hospitalar Universitário de Alentejo, com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Anatomofisiologia do tubo digestivo;
Definição de obstipação;
Etiologia da obstipação;
Diagnóstico de obstipação;
Tratamento não farmacológico e farmacológico;
Impacto da obstipação;
Resultados do estudo retrospectivo.

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira M██████s

Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário ████████

Sede

Entidade Reguladora

ACSS
Autoridade Reguladora da Saúde

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO IV: CERTIFICAÇÃO DE PRESENÇA NAS VÁRIAS AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO REALIZADAS NA UCIP 2

Ministério da Saúde

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**Métodos de comunicação eficaz aplicados à pessoa ventilada em UCI - uma intervenção especializada**", na qualidade de formando/a, realizada a 06 de outubro de 2021, no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 da Unidade Hospitalar [REDACTED], do Centro Hospitalar Universitário [REDACTED] com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

- Desafios em comunicar;
- Perspetivas dos enfermeiros;
- Perspetivas das pessoas submetidas VMI;
- Projeto de intervenção na UCIP2;
- Diagnostico, planeamento, execução e avaliação;
- Apresentação do instrumento de Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA)

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira M. [REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário [REDACTED]

Sede

Entidade Reguladora

ACSS
Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

Ministério da Saúde

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**Mobilização precoce da pessoa em situação crítica**", no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, na qualidade de formando/a, realizada a 23 de agosto de 2021, na Unidade Hospitalar de [REDACTED] do Centro Hospitalar Universitário [REDACTED], com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Fraqueza muscular adquirida na comunidade – Fisiopatologia;
Mobilização precoce – Fatores de risco, contraindicações e critérios de interrupção;
Posicionamentos – princípios gerais;
Posicionamentos – mecânica corporal;
Posicionamentos – decúbitos (dorsal, lateral, semi-lateral e ventral);
Posicionamentos – transferências

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira [REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário [REDACTED]

Sede

Entidade Reguladora



Ministério da Saúde

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, Enfermeiro/a, frequentou a Formação em Serviço "**Precauções básicas em controlo de infeção**", na qualidade de formando/a, realizada a 20 julho de 2021, no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, na Unidade Hospitalar de [REDACTED], do Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] com a duração de 60 min, a qual abrangeu os seguintes conteúdos:

Introdução ao tema PBCI
Colocação/ isolamento dos doentes;
Higiene das mãos;
Etiqueta respiratória;
Utilização de equipamento de protecção individual;
Descontaminação de equipamento clínico;
Controlo ambiental;
Manuseamento de roupa;
Recolha segura de resíduos;
Pática segura na preparação de injectáveis;
Exposição a agentes microbianos no local de trabalho;
Discussão sobre as práticas diárias com identificação de aspectos a melhorar

Portimão, 08 de novembro de 2021

Enfermeira [REDACTED] os



Enfermeira Diretora
Centro Hospitalar Universitário de [REDACTED]

Selo



Entidade Reguladora



GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO V: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL LITERACIAS NO SÉCULO XXI



ANEXO VI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA 12ª REUNIÃO NACIONAL DE UNIDADES DE AVC

Participante

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Ana Abreu

Participou na

12ª REUNIÃO NACIONAL DE UNIDADES DE AVC
24 SETEMBRO 2021

Castro Lopes
(Castro Lopes)

Uma Iniciativa
SPAVC
Sociedade Portuguesa de AVC

Com o apoio

Boehringer Ingelheim angele PHILIPS

ANEXO VII: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “DOR CRÓNICA”

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Colectiva nº 533 743 887

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/13/2008 e
Decreto Ministerial de 14/12/2009



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Filipa Abreu Silva, natural de Portimão, com nacionalidade Portuguesa, titular do número de identificação 12534052-4ZY9, válido até 06.03.2022, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional “Dor Crónica”, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro, que decorreu entre 18 de Junho de 2021 a 21 de Junho de 2021, com a duração de 15 horas.

Faro, 2 de Julho de 2021

Verónica Teixeira

Coordenação do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Sede
Rua João Peres, 8200-040, Faro
CNC Faro
centroformacao@hualgarve.min.saude.pt
CNC Portimão
cnc.por@hualgarve.min.saude.pt
CHUALG_CFC_01_C04F_2017

Entidade Reguladora

1518-02-0001
10379113382.1


GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA


UNIAO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO VIII: CERTIFICADO CURSO *MEDICAL RESPONSE TO MAJOR INCIDENTS*



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Ana Filipa Abreu Silva**, natural de Portimão, nascida a 22/03/1984, titular do n.º de identificação 12534052-4zy9, válido até 06/03/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 07 a 09 de maio de 2022, com a duração de 24 horas, em Portimão.

Funchal, 11 de maio de 2022



(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **3/2022** de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC


Entidade Formadora Certificada
ÁREA DE FORMAÇÃO E FORMAÇÃO
201 - Medicina
201 - Proteção da pessoa e team

Módulos	Horas
Módulo I – Formação base curso <ul style="list-style-type: none">▪ Descrição do sistema e dos seus componentes▪ Sistema MACSIM▪ Resposta pré-hospitalar aos Incidentes Major▪ Resposta hospitalar aos Incidentes Major▪ Princípios de Triagem▪ MRMI Comunicações e Gestão Meios▪ Terrorismo e Segurança▪ Comunicação de Crise e relação com os Média	24 horas
Módulo II – Formação específica <ul style="list-style-type: none">▪ Resposta em Incidentes Major com matérias perigosas/Ferimentos CBRN▪ Resposta incidente em estádios de futebol▪ Resposta em Incidente Major em Aeroportos▪ Damage Control – Cirurgia de controlo de dano▪ Security and Disaster control; pre-hospital & hospital – Segurança e Controlo em Desastres: no pré-hospitalar e hospital▪ Hospital Attack / Disaster plan of Hospitals / Surge Capacity – Ataque hospitalar / Planos de Desastre / Capacidade cirúrgica▪ Mass Rescue Operations on Sea / MRMI#MRO – Operações de Resgate no Mar MRMI#MRO▪ Coordenação & Comando - Doutrina em Catástrofe	
Módulo III – Primeiro exercício de simulação	
Módulo IV – Segundo exercício de simulação	

Funchal, 11 de maio de 2022



(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º 3/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC



Entidade Formadora Certificada
ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
02 - Saúde
01 - Proteção de pessoas e bens

ANEXO IX: CERTIFICADO DO CURSO DE TRIAGEM DE MANCHESTER

**CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA**

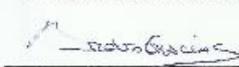
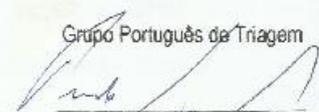
CERTIFICADO

ANA FILIPA ABREU SILVA

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado no Centro de Formação do Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão, pelo Grupo Português de Triagem, no dia 7 de Abril de 2010, com a duração de 7 horas.

Formação leccionada -- Manchester I

Amadora, 8 de Abril de 2010

<p>O Coordenador do Curso</p>  Amélia Graças	<p>Grupo Português de Triagem</p>  Paulo Teles Freitas
--	---



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que ANA FILIPA ABREU SILVA natural de Portimão nascida em 22/03/1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12534052 4ZZ7 válido até 04/04/2017, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Actualização do Protocolo de Triagem de Manchester - Versão 2, em 02/03/2015, com a duração de 3:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Actualização do Protocolo de Triagem de Manchester	0:15	-
Novos Fluxogramas	0:15	-
Novos Discriminadores	0:15	-
Termos e Parâmetros	0:15	-
Integração Vias Verdes	0:30	-
Plano Catástrofe	0:30	-
Casos Clínicos	1:00	-

Faro, 01 de Setembro de 2015

O(A) Responsável pelo(s)

Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 295/2015 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010