

**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**

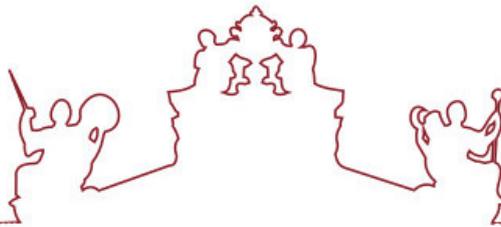
Relatório de Estágio

Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Eunice Maria Tiago Martins

Orientador(es) | **Maria Antónia Rasa Correia Costa**

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

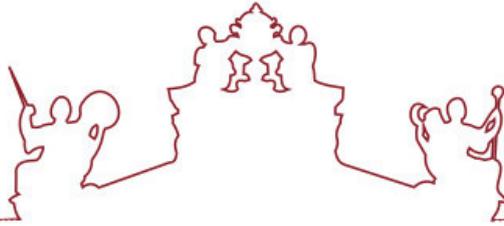
Relatório de Estágio

**Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da
Qualidade e Segurança do Doente Crítico**

Eunice Maria Tiago Martins

Orientador(es) | Maria Antónia Rasa Correia Costa

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 | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Hugo Miguel Martins Alves Franco (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem tim o nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa, por toda a orientação, compreensão, apoio e disponibilidade demonstrada.

À enfermeira supervisora, pela partilha de conhecimentos, momentos de reflexão e, pelo incentivo e motivação.

Aos elementos do meu grupo de trabalho do mestrado, pela amizade, pelo bom humor, positivismo, companheirismo, palavras de incentivo e momentos de aprendizagem partilhados.

À minha família por todo o apoio e ajuda nos momentos mais delicados.

Por fim, o maior agradecimento vai para o meu companheiro que tantas vezes foi pai e mãe...sem a sua compreensão esta caminhada não teria sido possível. Aos meus três filhos, um enorme pedido de desculpas pela minha ausência, que tantas vezes reclamaram, ao longo deste percurso e que espero conseguir compensar. Este trabalho é sem dúvida, dedicado a vós.

Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

RESUMO

Introdução: O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. **Objetivo:** Descrever as estratégias e atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem. **Metodologia:** Método descritivo e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no âmbito da unidade curricular Estágio Final. O projeto de intervenção profissional desenvolvido é igualmente descrito, com recurso à metodologia de projeto e sustentado pelo modelo para mudança da prática baseada em evidências de June Larrabee. **Resultados:** O processo de análise crítico-reflexiva de aquisição e desenvolvimento de competências incidiu sobre atividades desenvolvidas num Serviço de Urgência e o projeto de intervenção profissional teve como objetivo major melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com sépsis ou choque séptico, através da elaboração de um protocolo de atuação para a implementação da Via Verde Sépsis. **Conclusão:** A elaboração deste relatório permitiu descrever todo o percurso formativo e realizar uma análise crítico-reflexiva e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Via Verde Sépsis; Pessoa em situação crítica

Via Verde Sepsis Protocol: Practices Promoting Quality and Safety of Critically ill Patients

ABSTRACT

Introduction: This Internship Report comes within the scope of the Report Curricular Unit, an integral part of the V Master's in Nursing in Association, in the specialty area Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Condition. **Objective:** To describe the strategies and activities developed during the final internship and their contribution to the development and acquisition of common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and of master's degree in Nursing. **Methodology:** Descriptive method and critical-reflective analysis of the activities developed within the Final Internship curriculum unit. The professional intervention project developed is also described, using the project methodology and supported by June Larrabee's model for evidence-based practice change. **Results:** The process of critical-reflective analysis of skills acquisition and development focused on activities developed in an Emergency Service and the professional intervention project had the major objective of improving the quality and safety of the care provided to the critically ill person with sepsis or septic shock, through the development of an action protocol for the implementation of the *Via Verde Sepsis*. **Conclusion:** The preparation of this report allowed describing the whole formative journey and performing a critical-reflective and reasoned analysis of the process of acquisition and development of skills.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Via Verde Sépsis; Critical Condition

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema para o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	22
Figura 2 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População total / população participante	53
Gráfico 2 – Caracterização da população participante por faixa etária (anos).....	54
Gráfico 3 – Caracterização da população participante por género	54
Gráfico 4 - Caracterização da população participante por experiência profissional (anos)	55
Gráfico 5 – Caracterização da população participante por experiência profissional no SUMC (anos)	55
Gráfico 6 – Caracterização da população participante por área de especialização	56
Gráfico 7 – Conhecimento da Surviving Sepsis Campaign: Internacional Guidelines for management for sepsis and septic shock 2021.....	57
Gráfico 8 - Conhecimento da norma da DGS nº 10/2016, relativa à VVS no Adulto	57
Gráfico 9 – Formação em Via Verde Sepsis.....	58

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise SWOT	52
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados obtidos das questões sobre a pertinência da temática em estudo 58

Tabela 2 – Avaliação da sessão de formação/satisfação dos formandos 72

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. – e outros

h – horas

min – minutos

n.º – número

p. – página

pp. – páginas

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

[APA] – *American Psychological Association*

[AR] – Assembleia da República

[AVC] – Acidente Vascular Cerebral

[CA] – Conselho de Administração

[CFIC] – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

[CH] – Centro Hospitalar

[CHUA] – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

[CMPCOS] – Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro

[COVID – 19] – Coronavírus Disease 2019

[DGS] – Direção Geral de Saúde

[EAM] – Enfarte Agudo do Miocárdio

[ECDC] – *European Centre for Disease Prevention and Control*

[EE] – Enfermeiro Especialista

[EMC – PSC] – Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

[ESICM] – *European Society of Critical Care Medicine*

[EUA] – Estados Unidos da América

[GCL – PPCIRA] – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

[IACS] – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

[ICN] – *International Council of Nurses*

[INEM] – Instituto Nacional de Emergência Médica

[MMPBE] – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

[MS] – Ministério da Saúde

[MTP] – Metodologia do Trabalho de Projeto

[OE] – Ordem dos Enfermeiros

[OMS] – Organização Mundial de Saúde

[PAM] – Pressão Arterial Média

[PBE] – Prática Baseada em Evidências

[PCR] – Paragem Cardiorrespiratória

[PE] – Projeto de Estágio

[PIP] – Projeto de Intervenção Profissional

[PSC] – Pessoa em Situação Crítica

[qSOFA] – *quick Sequential Organ Failure Assessment Score*

[RE] – Relatório de Estágio

[REPE] – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

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

[SAV] – Suporte Avançado de Vida

[SE] – Sala de Emergência

[SIRS] – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

[SMI] – Serviço de Medicina Intensiva

[SMPC] – Serviço Municipal de Proteção Civil

[SNS] – Serviço Nacional de Saúde

[SPCI] – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

[SSC] – *Surviving Sepsis Campaign*

[SSCM] – *Society of Critical Care Medicine*

[SU] – Serviço de Urgência

[SUMC] – Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica

[UC] – Unidade Curricular

[UCIP] – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

[UE] – Universidade de Évora

[UH] – Unidades Hospitalares

[VMER] – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

[VVC] – Via Verde Coronária

[VVS] – Via Verde Sépsis

LISTA DE SÍMBOLOS

% - percentagem

ml/Kg – Mililitro por quilograma

mmol/L – Milimol por litro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	20
1.1. Modelo Para Mudança Da Prática Baseada Em Evidências	20
1.2. Qualidade Em Saúde E Segurança Dos Cuidados.....	24
1.3. Referencial Conceptual Da Sepsis.....	28
1.3.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com sepsis.....	34
2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	36
2.1. Centro Hospitalar	37
2.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica	38
2.2.1. Caracterização da estrutura física, recursos humanos e materiais.....	39
2.3. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados	43
2.4. Estágio De Observação Num Centro Municipal De Proteção Civil E Operações De Socorro	45
2.5. Projeto De Intervenção Profissional	47
2.5.1. Problemática: a segurança do doente crítico no contexto de sepsis	47
2.5.2. Diagnóstico de situação	50
2.5.3. Definição de objetivos	59
2.5.4. Planeamento e execução	60
2.5.5. Avaliação e divulgação de resultados	68
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	75
3.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Competências De Mestre Em Enfermagem	77
3.2. Competências Específicas De Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica E Competências De Mestre Em Enfermagem	92
CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Proposta de Projeto de Intervenção	CXXV
Apêndice 2 – Resumo da Revisão Scoping.....	CXXXIX
Apêndice 3 – Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, académica e validação da pertinência do projeto	CXLIII
Apêndice 4 – Consentimento Informado, livre e esclarecido.....	CXLVI
Apêndice 5 – Póster do Protocolo de Ativação Via Verde Sépsis e respetivo QR Code	CL
Apêndice 6 – Proposta final da Folha de Registos da ativação da Via Verde Sépsis	CLIII
Apêndice 7 – Proposta final do Protocolo de Atuação da Via Verde Sépsis.....	CLVI
Apêndice 8 – Dossier Via Verde Sépsis	CLXXIV
Apêndice 9 – Plano de sessão da formação – Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico	CLXXVI
Apêndice 10 – Apresentação da sessão de formação – Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico	CLXXVIII
Apêndice 11 – Divulgação da sessão de formação – Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico	CXCVI
Apêndice 12 – Questionário de avaliação da sessão de formação: Satisfação do formando	CXCVIII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização do PIP ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento	CCI
Anexo 2 – Autorização para a realização do projeto	CCIII
Anexo 3 – Proposta de projeto – Modelo T005	CCV
Anexo 4 – Pedido de parecer à Comissão de Ética – Modelo T013	CCVIII
Anexo 5 – Pedido de autorização à Presidente da Comissão de Ética do CH	CCXIII
Anexo 6 – Pedido de autorização à Presidente CA do CH	CCXV
Anexo 7 – Certificado de participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos....	CCXVII
Anexo 8 – Certificado de participação no 22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna	CCXIX
Anexo 9 – Certificado de participação nas Jornadas “Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro”	CCXXI
Anexo 10 – Certificado de participação no Webinar “REBOA e Toracotomia na PCR traumática”	CCXXIII
Anexo 11 – Certificado de participação no Webinar “Novas Guidelines ERC 2021”	CCXXV
Anexo 12 – Certificado de participação nas Jornadas do Mestrado de EMC – Área de Especialização em Enfermagem em Situação Crítica “Inovar em Tempo de Pandemia”	CCXXVII
Anexo 13 – Certificado de participação no Simulacro “AeroFaro’20”	CCXXIX
Anexo 14 – Certificado de participação no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar	CCXXXI
Anexo 15 – Comprovativo de comunicação oral livre, subordinada ao tema “Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar Salva Vidas?”	CCXXXIII
Anexo 16 – Comprovativo de aceitação de resumo para publicação em livro de Atas/Resumos na Revista RIIS	CCXXXV
Anexo 17 – Declaração de estágio no CMPCOS	CCXXXVII
Anexo 18 – Certificado de competência VMER – Enfermeiros	CCXXXIX
Anexo 19 – Certificado de formação profissional – Módulo de Emergências de Trauma.....	CCXLI
Anexo 20 – Certificado de formação profissional – Módulo Transporte de Doente Crítico e Situações de Exceção	CCXLIII

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio [RE] surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [EMC – PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora [UE], no ano letivo de 2021/2022, no 3º semestre, aprovado pelo Aviso n.º 5622/2016, publicado no n.º 84 do Diário da República - 2ª série, a 2 de maio de 2016, (UE, 2016). A elaboração deste relatório ocorre no seguimento da UC Estágio Final [EF] e tem como finalidade descrever o percurso formativo e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC, assim como, as competências de Mestre em Enfermagem, através de uma análise crítico-reflexiva fundamentada em pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, publicações periódicas e trabalhos de investigação, com vista à obtenção do título de enfermeira especialista em EMC – PSC, bem como do grau de mestre em Enfermagem, após discussão em provas públicas.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi inicialmente delineado na UC EF, através da elaboração do Projeto de Estágio [PE], onde definimos objetivos a atingir e planeamos estratégias e atividades a desenvolver, com vista à aquisição e desenvolvimentos das competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem na sua área de intervenção, neste caso, EMC – PSC. É de salientar que este PE se constituiu como um guia orientador ao longo de todo o percurso.

A análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências descrita neste relatório recai sobretudo nas atividades desenvolvidas durante o EF, uma vez que foi obtida creditação à UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC] integrada no plano de estudos do ano letivo 2020/2021, do 2º semestre, através do processo de reconhecimento e validação de competências adquiridas, pela experiência profissional de 13 anos na área de prestação de cuidados de enfermagem à PSC, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP].

O EF decorreu durante 18 semanas, no período temporal compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022 e foi desenvolvido maioritariamente num Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC], num Centro Hospitalar [CH] a sul do país, sob orientação pedagógica da professora Maria Antónia Costa e com a supervisão clínica de uma EE em EMC. Foram ainda realizados estágios observacionais, num Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro [CMPCOS], e junto de uma equipa de enfermagem de um Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos [GCL – PPCIRA], de um CH a sul do país.

O processo de aquisição de competências desenvolvido no decurso do EF incluiu a elaboração de um Projeto de Intervenção Profissional [PIP] (Apêndice 1) designado por Protocolo Via Verde Sépsis:

Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico tendo este, como objetivo maior, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC, bem como a elaboração de um artigo científico (Apêndice 2), relacionado com o PIP. Este projeto foi desenvolvido e estruturado com recurso à Metodologia do Trabalho de Projeto [MTP] e sustentado pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE], de June Larrabee, ambos, modelos promotores da investigação em saúde e da prática baseada em evidências [PBE], focados em necessidades reais e na sua resolução (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010; Larrabee, 2011).

A sépsis é um grave problema de saúde pública, sendo considerada uma emergência médica que, apresenta elevadas taxas de mortalidade e morbilidade e elevados custos em saúde. O seu reconhecimento precoce e tratamento atempado estão associados a melhores *outcomes*, contudo o seu diagnóstico é complexo pelo que, é imperioso a implementação de protocolos de atuação e a utilização de uma ferramenta de triagem eficaz e com alta sensibilidade, que seja capaz de diferenciar sépsis de outros diagnósticos (Evans et al., 2021).

De acordo com norma da Direção Geral da Saúde [DGS] nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, todos os Serviços de Urgência [SU] devem implementar a Via Verde Sépsis [VVS] e possuir uma equipa de sépsis, constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro (DGS, 2017a). As Vias Verdes são estratégias organizadas que visam a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando um diagnóstico precoce e um tratamento mais célere e eficaz, com o objetivo de reduzir a mortalidade e sequelas. A VVS visa implementar, em todos os SU do Serviço Nacional de Saúde [SNS], um protocolo de identificação rápida e início imediato de estratégias terapêuticas a todas as pessoas com sépsis (Ministério da Saúde [MS], 2019).

No decurso do EF, foi identificada a inexistência da implementação da VVS neste serviço, sendo esta uma problemática reconhecida. A mesma foi apresentada e discutida com a docente orientadora, para validação da sua pertinência. Com a finalidade de sustentar a escolha desta temática, recorreremos ainda à utilização de instrumentos de diagnóstico de situação. Neste sentido e com o objetivo de darmos resposta a esta problemática, surge o desenvolvimento do PIP supracitado, visando a implementação de um protocolo de atuação que promova a melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de saúde prestados ao doente crítico com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC. Importa salientar ainda que, a escolha da temática em estudo também foi uma área de interesse pessoal.

Para a realização deste relatório definimos como objetivo geral descrever as estratégias e atividades desenvolvidas ao longo do EF e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de

competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC e de Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos estabelecemos:

- Descrever a apreciação do contexto clínico onde decorreu o EF;
- Relatar, de forma detalhada, as fases de desenvolvimento do PIP;
- Elaborar uma análise crítico-reflexiva e fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências.

Assim, o presente relatório encontra-se dividido em três capítulos, em que no primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico e conceptual do relatório, que foi orientado e fundamentado por pesquisas em bases de dados científicas e que sustentam a temática em estudo e, interligam a mesma com o modelo de enfermagem adotado, e com os padrões de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. O segundo capítulo refere-se ao desenvolvimento do EF, onde é feita a descrição e caracterização do contexto clínico onde este decorreu, bem como a análise do estágio de observação no CMPCOS. No mesmo capítulo segue-se uma descrição fundamentada de todas as etapas de desenvolvimento do PIP, tendo por base a MTP e interligação com o MMPBE, de June Larabee. Por fim, no terceiro e último capítulo é elaborada uma descrição e análise crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, culminando com uma breve conclusão, onde é realizada uma síntese dos aspetos mais relevantes, abordados ao longo do relatório.

Metodologicamente, este RE foi redigido à luz do novo acordo ortográfico em vigor para a língua portuguesa, exceto nas citações diretas onde é mantida a redação original dos autores e cumpre com as normas para elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da UE e com as normas de citação e referência bibliográfica da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA]. Para publicação, cumpre as normas referentes ao tratamento de dados pessoais aprovadas pela Lei n.º 59/2019 de 8 de agosto.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O termo conhecimento diz respeito aos saberes que são expressos no formato de serem partilhados com outras pessoas e, o conhecimento de uma disciplina é aquele que depois de analisado por um grupo de uma comunidade é considerado válido e preciso (Chinn & Kramer, 2018).

Segundo Nunes (2018) “enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se materializa, no nível operatório numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento” (páginas [pp.] 35-36). A enfermagem, de acordo com esta autora, tem vindo a ser considerada como uma disciplina e uma profissão intelectual e científica, alicerçada no ensino, investigação e formação. Todos os padrões de conhecimento emergem de forma inter-relacionada sendo cada um deles, igualmente importante e essencial para a prática da enfermagem (Chin & Kramer, 2018). Os conhecimentos em enfermagem, suportados por teorias e metodologias científicas permitem prestar cuidados de qualidade orientados em pensamento crítico, tomar as melhores decisões para os nossos doentes e, por fim avaliar os resultados obtidos (Nunes, 2018).

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC constituem-se como um processo de elevada complexidade ancorado num conhecimento sólido e no qual a prática é realizada de forma sustentada. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional é espectável que o EE em EMC – PSC alicerce a sua prática nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização, recorrendo a um quadro de referências que deem suporte á sua prática (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a).

Como referencial teórico para o desenvolvimento do PIP, assim como alicerce para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, foi selecionado o MMPBE, de June Larrabee (2011), que será descrito no ponto seguinte. Neste capítulo, apresentamos ainda conceitos relativos à qualidade em saúde e segurança dos cuidados e faremos também, uma conceptualização sobre a temática em estudo que esteve na génese do PIP e, uma breve referência aos cuidados de enfermagem especializados à PSC com sépsis.

Este capítulo tem, portanto, como principal objetivo, a explicitação das bases teóricas e conceptuais, que fundamentam a temática em foco e que sustentam a elaboração do presente trabalho.

1.1. Modelo Para Mudança Da Prática Baseada Em Evidências

Ao longo dos tempos, o desenvolvimento de teorias de enfermagem tem se mostrado fulcral para

o desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento. Os referenciais teóricos contribuem para a sua evolução de forma sustentada e para o desenvolvimento de pensamento crítico nos profissionais de enfermagem. Deste modo, as teorias surgem como forma de conceder corpo de conhecimento à prática e autonomia profissional e, constituem-se como linhas orientadoras para o ensino e para a investigação em enfermagem, explicando ou prevendo determinados fenómenos (Tomey, A. & Alligood, M., 2004).

De acordo com Melo et al., (2009) é

(...) essencial que os enfermeiros avaliem as teorias a serem utilizadas, para maior auxílio à prática e desenvolvimento da enfermagem, assim como para a elaboração da assistência de forma mais sistemática. Daí a importância dos modelos de análise de teorias, buscando o conhecimento mais aprofundando destas, reflexão de sua utilidade e contribuição para a prática profissional (página [p.] 2).

Para a prática de enfermagem é, portanto, fundamental a aplicação de teorias, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos utentes. Nos últimos anos tem sido dado cada vez mais ênfase à PBE e esta é cada vez mais falada no seio das equipas de enfermagem. A PBE conjuga a prática clínica com a melhor evidência científica, proveniente da pesquisa sistemática, considerando igualmente os valores e preferências do doente, fundamentando desse modo, o processo de tomada de decisão (Larrabee, 2011).

Assim, após uma breve revisão de várias teorias em enfermagem consideramos que o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências, de June Larrabee (2011) é o referencial teórico que melhor se enquadra na temática em estudo.

No decurso do seu caminho profissional, as áreas de interesse de June Larrabee foram a EMC e a PBE, concentrando-se na qualidade dos cuidados de saúde e na influência dos mesmos nos resultados nos doentes que cuidava. Tornou - se então, responsável na área da gestão da qualidade em saúde e posteriormente direccionou o seu interesse para a área da satisfação no trabalho e da relação entre a fadiga dos enfermeiros e a segurança dos doentes. June Larrabee desenvolveu dois modelos teóricos: o Modelo Teórico da Qualidade e o MMPBE.

A primeira versão do MMPBE foi proposta em 1999 por Larrabee & Rosswun, após reconhecerem que os profissionais de saúde apresentavam dificuldades em seleccionar e sintetizar a evidência científica e transpô-la para a sua prática clínica. Fruto da experiência de Larrabee na aplicação deste modelo, assim como da orientação e formação dada a estudantes e enfermeiros, surgiu a necessidade de proceder à sua revisão, de modo a aperfeiçoar o desenvolvimento de programas de melhoria contínua. Esta nova versão veio introduzir conceitos referentes à qualidade dos cuidados de

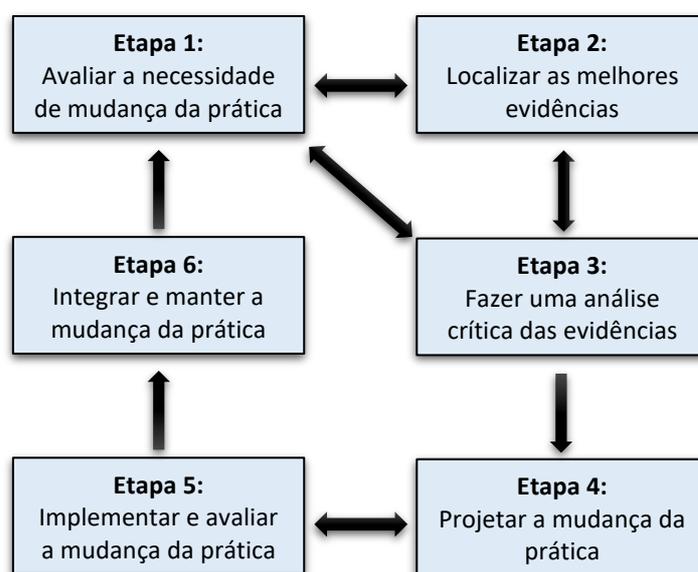
enfermagem, com o objetivo de melhorá-los (Larrabee, 2011).

O modelo teórico de Larrabee revisto em 2011, pressupõe que a mudança na prática contemple a interligação entre a identificação de necessidades, pesquisa da melhor e mais atual evidência científica e experiência clínica do enfermeiro, possibilitando a resolução das necessidades centralizadas no doente. A interligação síncrona destes aspetos permite melhorar os processos de tomada de decisão dos enfermeiros e modificar os padrões dos cuidados de enfermagem e melhorar a prática, com ganhos na segurança e na qualidade dos cuidados (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999). Deste modo, o modelo revisado pretende mudar o paradigma da prática tradicional que se baseia na experiência individual, na opinião pessoal e no raciocínio fisiopatológico, para uma PBE, através do desenvolvimento da investigação e do acesso aos seus resultados, incorporando um pensamento interativo e crítico e, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, na investigação e nos resultados obtidos (Larrabee, 2011).

Segundo a mesma autora, os profissionais de enfermagem com cargos de liderança devem ser agentes de mudança de mentalidade, desempenhando um papel relevante na promoção da PBE, na medida em que o seu apoio se revela motivador no seio das equipas e conduz à obtenção de sucesso no processo de transformação. Da mesma forma, sendo a prestação de cuidados de qualidade um objetivo das organizações profissionais de enfermagem, cabe às mesmas a determinação dos padrões de excelência, quer para a formação, quer para a prática de enfermagem (Larrabee, 2011).

O MMPBE compreende 6 etapas que se relacionam entre si e que não têm de ser necessariamente seguidas de forma linear. Estas etapas encontram-se representadas na figura 1, sendo posteriormente descritas de forma detalhada.

Figura 1 – Esquema para o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências



Fonte: Elaboração própria (Adaptado de Larrabee, 2011)

Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática

Consiste em identificar e incluir as partes interessadas (*stakeholders*¹) nos problemas da prática, extrair dados internos sobre a prática corrente, comparar os dados internos com os dados externos para validar a necessidade de mudança, identificar o problema prático e relacioná-lo com as intervenções e resultados.

Etapa 2 – Localizar as melhores evidências

Compreende a identificação de tipos e fontes da melhor evidência, revendo os conceitos de pesquisa através do planeamento do método de busca, seleção e revisão, com vista à efetivação da pesquisa. Incluem-se nesta etapa os instrumentos de avaliação crítica de estudos e de outras fontes de informação, assim como outros métodos para a organização dos dados extraídos, como são exemplo as tabelas de evidências.

Etapa 3 – Fazer uma análise crítica das evidências

Consiste na aplicação dos instrumentos de avaliação crítica, previamente selecionados, para fazer a síntese e avaliar o nível e qualidade das evidências, bem como avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática.

Etapa 4 – Projetar a mudança da prática

Define a proposta de mudança da prática clínica, identificando os recursos necessários e planeando as estratégias para a implementação do plano delineado e sua avaliação.

Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática

Abrange a implementação do plano definido, a avaliação do processo, dos resultados e dos custos, com vista ao desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Etapa 6 – Integrar e manter a mudança da prática

Consiste em comunicar a mudança recomendada às partes interessadas e implementá-la na prática clínica, com monitorização dos indicadores de processo e de resultado periodicamente e por fim, divulgar os resultados do projeto de mudança.

É de salientar que as etapas do MMPBE, descritas anteriormente, não são estritamente lineares,

¹ Stakeholders – “Pessoas que têm interesse no resultado de uma prática de saúde (...) pacientes e suas famílias, os profissionais da saúde, os líderes do sistema de cuidados de saúde e outros trabalhadores do sistema de saúde” (Larrabee, 2011, p.241).

já que atividades de uma etapa podem gerar atividades de outra etapa, e assim, sempre que necessário, pode voltar-se a etapas anteriores (Larrabee, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, é essencial que os enfermeiros baseiem a sua praxis clínica em evidência científica e para isso devem realizar atividades e desenvolver competências que os tornem capazes de operacionalizar os processos de mudança (Larrabee, 2011). Para esta autora, devemos apresentar uma atitude de interesse, de mudança de práticas, de melhorar a qualidade dos cuidados, bem como de evoluir.

O MMPBE é um modelo teórico que promove a investigação científica em saúde, com eficácia comprovada no que diz respeito à implementação de modificações na prática clínica, tendo como meta a melhoria dos cuidados, com subsequente dignificação da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento (Larrabee, 2011).

No que diz respeito à aplicabilidade deste modelo na área da prestação de cuidados à PSC, o mesmo já demonstrou ter sucesso, com vários projetos já implementados por equipas de enfermagem de cuidados críticos que levaram à mudança de práticas clínicas, nomeadamente no uso de solução salina previamente à aspiração traqueal, na avaliação da sedação do doente adulto, na incidência de complicações no pós-operatório, higienização oral e estratégias para reduzir a contaminação na administração da nutrição entérica (Larrabee, 2011).

Deste modo, e após análise integral do modelo sucintamente descrito, validamos a sua adequação na área da prestação de cuidados à PSC, tanto no contexto da investigação, como na sua aplicabilidade na prática clínica, o que justifica a sua escolha como alicerce ao desenvolvimento do PIP e ao processo de aquisição e de desenvolvimento das competências previstas.

1.2. Qualidade Em Saúde E Segurança Dos Cuidados

Desde tempos muito remotos que a qualidade e segurança do doente são alvo de significativo debate, no seio da comunidade científica, pois, embora os cuidados de saúde tragam inúmeros benefícios, a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade nos sistemas de saúde modernos. Hipócrates, pai da medicina e considerado como um pensador à frente da sua época, escreveu a célebre frase, “Primum non nocere”, que significava primeiro não causar dano. Florence Nightingale, considerada para muitos como a “mãe” da enfermagem, defendia já em 1859 a segurança nos cuidados de enfermagem, recomendando que o primeiro dever de um hospital seria não causar mal ao paciente. Em 1999, bem mais de um século depois, a análise de grandes estudos epidemiológicos originou a publicação de um estudo nos Estados

Unidos da América [EUA], *“To Err is Human: Building a Safer Health Care System”* que relatava que erros acontecem e são frequentes durante a prestação de cuidados, causando milhares de mortes e danos irreversíveis. Este estudo foi um marco, no qual, a questão da segurança do doente ganhou notoriedade global (Nascimento & Draganov, 2015; Pedreira, 2009).

A qualidade e segurança dos cuidados têm vindo, portanto, a ser reconhecidas, como fatores determinantes na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes e, nesse sentido, nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos e implementados diferentes programas e estratégias para promover uma maior cultura de segurança e qualidade dos cuidados nas instituições de saúde. De acordo com o MS (2015a), estes fatores, são imperativos éticos porque contribuem de forma decisiva para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação e do respeito com que esses cuidados são prestados.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020) declara que um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos eficazmente, de modo a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício. O quadro da OMS (2020) sobre serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas descreve “cuidados de alta qualidade” como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (p. 13). Estes pressupostos vão de encontro ao Modelo de Larrabee na medida que defender a PBE, apresenta eficácia comprovada na melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados nos doentes (Larrabee, 2011)

A qualidade em saúde é uma prioridade para o SNS pelo que têm sido implementadas estratégias nacionais para a qualidade na saúde. A qualidade em saúde é definida pelo MS (2015a) como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (p.13551). Inserida no Departamento da Qualidade na Saúde da DGS encontra-se a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020, que teve como objetivo maximizar os ganhos em saúde e fortalecer a equidade como dimensão essencial do SNS, como garantia de que o acesso aos cuidados de saúde se faz em condições adequadas às necessidades, desafiando os serviços de saúde a integrarem nos programas de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição (MS, 2015a).

Importa ainda fazer referência à lei de Bases para a Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 2, que determina o direito das pessoas “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade

e segurança em saúde.” (MS, 2021, p.96).

Face ao exposto anteriormente, é possível constatar que estas diretrizes vão de encontro aos princípios da qualidade em saúde apresentados por Larrabee, uma vez que segundo esta autora a procura pela prestação de cuidados de elevada qualidade é uma obrigação ética dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde e deve integrar os princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça. Com vista ao alcance da alta qualidade nos cuidados prestados e da obtenção dos melhores resultados nos doentes, estes profissionais devem envolver-se em atividades que conduzam à mudança para a PBE (Larrabee, 2011).

A segurança dos doentes encontra-se estreitamente ligada à qualidade dos cuidados. Esta é vista, desde há muito tempo, como uma medida chave para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, podendo os cuidados seguros ser encarados como um barómetro do sucesso do sistema básico para alcançar a qualidade dos cuidados (OMS, 2020). Esta é uma temática que tem assumido uma crescente e relevante preocupação para as organizações de saúde e para seus os profissionais, na procura de processos mais seguros, e na redução de danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. A criação pela OMS da *World Alliance for Patient Safety* em 2004, é a evidência da preocupação crescente face ao problema da segurança do doente, sendo a incidência de erros reconhecida como uma injúria a esse equilíbrio e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados (Reis et al., 2013).

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade acarreta um grau de risco de danos previsível. Existe evidência de que os erros são uma constante da prática dos cuidados de saúde, ocorrendo em qualquer fase do processo de cuidados. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são expectáveis. Os erros não são causas, estes são consequências, e, portanto, irão sempre ocorrer pelo que, para minimizá-los é fundamental aceitar que estes existem (Brás & Ferreira, 2016). Segundo a DGS (2011), os erros são falhas não intencionais na execução planeada de uma ação ou desenvolvimento incorreto de um plano para atingir um objetivo.

A segurança do doente tem sido avaliada como um elemento prioritário da qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. De acordo com a Lei das Bases da Saúde, na sua Base 1, relativa ao direito à proteção da saúde, a segurança do doente constitui-se uma dimensão fundamental. Segurança do doente é definida pela DGS (2011) como

a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (p. 14).

A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como promotora de ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (MS, 2021). Através do Despacho n.º 9390/2021 de 24/09/2021, a DGS publicou o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este plano tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde.

Neste contexto evolutivo sobre a segurança do doente, o enfermeiro é parte integrante desse processo, pois a segurança do doente é um requisito essencial na gestão de qualidade, a qual está relacionada à assistência desenvolvida nas instituições de saúde pelo enfermeiro. Este profissional apresenta por isso, um papel crucial no incentivo à cultura de segurança, recorrendo para isso à melhor e mais recente evidência científica (Larrabee, 2011).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem foram definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, e têm como finalidade orientar a prática dos enfermeiros portugueses na procura da contínua melhoria dos cuidados prestados. Estes padrões destacam quatro conceitos principais para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a pessoa; a saúde; o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2001). A esses padrões acresceram os padrões de qualidade de enfermagem especializados em enfermagem em PSC. A definição destes padrões tornou-se uma oportunidade de construir um instrumento que norteie a qualidade dos cuidados prestados à PSC. Os mesmos servem como referencial da prática especializada e promovem a constante reflexão sobre a qualidade do exercício profissional, apoiando processos de melhoria contínua (OE, 2015a). Assim, na procura constante da excelência no exercício profissional, o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação dos doentes e para isso deve ter em consideração a sua responsabilidade para uma cultura de segurança. A prevenção de complicações é reforçada nos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em PSC, no qual a OE menciona que “(...) o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2015a, p. 17242). Ainda no que diz respeito à qualidade e segurança, o Regulamento de Competências Específicas do EE em EMC - PSC, refere que “Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção (...), prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (OE, 2018, p.19360).

Em suma, podemos dizer que a segurança nos cuidados, tal como a qualidade, é um dever multiprofissional e de aplicação individual a cada contexto de exercício. Isto exige o empenho de todos os profissionais, nomeadamente dos enfermeiros que têm o desafio constante de identificar os fatores

determinantes na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, para poderem realizar mudanças nas suas práticas que garantam o bem-estar dos doentes. Prestar cuidados de qualidade conduz à satisfação, quer dos profissionais, quer da pessoa cuidada e sua família, indo ao encontro dos objetivos das organizações de saúde. Assim, implementar processos alicerçados na evidência que agilizem cuidados adequados e atempados ao doente com sépsis, como é o caso da VVS, estão claramente relacionados com resultados essenciais na qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

1.3. Referencial Conceptual Da Sépsis

A palavra sépsis deriva do grego *septikós*, que significa apodrecer, que causa putrefação. Esta foi caracterizada por Hipócrates (460-377 a.C.) como uma perigosa decomposição biológica do corpo (Funk et al., 2009).

Apesar da sua origem ser antiga, a sépsis é considerada uma emergência médica, que requer reconhecimento e tratamento precoces (Evans et al., 2021). Esta afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo reconhecida pela OMS como uma prioridade de saúde global (Thompson et al., 2019 & Mellhammar et al., 2020). Na última década, dados europeus e dos EUA mostraram que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas globais de morbidade e mortalidade, com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], ao Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], ao tumor da mama e ao tumor colorretal (Singer et al, 2016 & Rhodes, 2017).

Em Portugal não se encontram muitos estudos sobre a sépsis, contudo, os dados nacionais disponíveis permitem assumir que o mesmo sucede em Portugal. Apesar dos avanços clínicos das últimas décadas, a incidência da sépsis continua a aumentar cerca de 1,5% ao ano. De acordo com a DGS (2017), este aumento de incidência é justificado pelo envelhecimento da população, pela maior longevidade de doentes crónicos e pela crescente existência de imunossupressão por doença e no maior recurso a técnicas invasivas. Em Portugal, a sépsis adquirida na comunidade é responsável por 22-24% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38%, quase três vezes superior à mortalidade por AVC, com uma mortalidade estimada por choque séptico de 49-51% (Póvoa et al., 2009 & Gonçalves-Pereira et al., 2014).

Com a crescente compreensão da fisiopatologia da sépsis e devido ao aumento da sua incidência e elevado índice de mortalidade, em 2016 a *Society of Critical Care Medicine* [SSCM] e a *European Society of Critical Care Medicine* [ESICM] promoveram uma nova conferência, surgindo assim o 3º

Consenso Internacional sobre esta patologia, designado por Sépsis-3, em que existiram atualizações dos conceitos de sépsis e choque séptico, previamente estabelecidos desde 1992, definindo-se:

- **Sépsis** como uma disfunção orgânica com risco de vida, resultante de uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infeção (Singer et al., 2016).

- **Choque séptico** como um evento que ocorre posteriormente à sépsis e que é definido como um estado de hipóxia celular e tecidual devido ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio, pois existe um aumento do consumo ou um consumo inadequado do mesmo, o que causa alterações metabólicas e circulatórias. Este traduz-se por uma infeção que começa por ser localizada e que é transmitida a outros tecidos através da corrente sanguínea (Singer et al., 2016 & Mathias et al., 2019).

Para além da atualização dos conceitos acima descritos, o 3º Consenso Internacional para a Definição de Sépsis e Choque Séptico introduziu o *quick Sequential Organ Failure Assessment Score* [qSOFA] como nova medida para identificar utentes com suspeita de infeção e com risco de desenvolver sépsis, contudo, estudos subsequentes levantaram preocupações sobre a sensibilidade e desempenho prognóstico do qSOFA como ferramenta de triagem (Wang et al., 2016 & Williams et al., 2017).

Com estas novas definições, os critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica [SIRS] passaram a não ser mais solicitados para o diagnóstico de sépsis e o conceito “sépsis grave” foi eliminado, simplificando-se a nomenclatura desta patologia (Singer et al., 2016).

A OMS, em 2017, considerou a sépsis como um problema global de saúde, identificando a necessidade imperativa de desenvolver ações que aumentassem a conscientização sobre aspetos relativos a esta patologia, entre os profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar o diagnóstico precoce e a gestão clínica adequada (OMS, 2017).

Ainda nos dias de hoje, a sépsis e o choque séptico, continuam a ser um desafio encarado pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde, desde há quase 30 anos. Existe evidência científica de que o início precoce do tratamento de sépsis está associado a uma redução significativa na morbidade e mortalidade e custos em saúde (Levy et al., 2015 & Seymour et al., 2017). Estima-se que o por cada hora de atraso na administração dos antibióticos há uma redução de 7,6% na taxa de sobrevivência (Kumar et al., 2006). Assim, o reconhecimento precoce desta patologia e a implementação atempada de estratégias terapêuticas, como a antibioterapia adequada e ressuscitação volémica apropriada são medidas-chave para aumentar a oportunidade de sobrevivência, permitindo não só a diminuição da mortalidade, mas também uma redução significativa dos custos em saúde. Deste modo, é essencial um esforço global para a sensibilização da população e dos profissionais de saúde (László et al., 2015). É importante salientar ainda que, a maior parte dos

casos de sépsis, cerca de 70% - 80% (Thompson et al., 2019), são adquiridos na comunidade e que os SU são a principal porta de entrada do utente com sépsis no hospital, tornando-os serviços decisivos para a deteção precoce de utentes com sépsis (Adrie et al., 2005 & Leisman, 2019).

A *Surviving Sepsis Campaign* [SSC] publicou pela primeira vez as diretrizes para a gestão da sépsis e choque séptico em 2004. As atualizações foram publicadas em 2008, 2012, 2017 e recentemente em 2021. Estas diretrizes fornecem recomendações sobre a gestão da sépsis, dando ênfase aos aspetos específicos dos cuidados relativos à sépsis e limitando a duplicação de recomendações noutras diretrizes, sempre que possível. A SSC também cria pacotes de sépsis, sendo estes designados como um conjunto de intervenções ou protocolos de cuidados, a partir de diretrizes de prática baseadas em evidências, para facilitar a melhoria da qualidade e a implementação das recomendações das diretrizes. Contudo, os pacotes são desenvolvidos num processo separado e publicados à parte das diretrizes. É de salientar que a SSC desenvolve uma PBE, procurando as evidências de mais alta qualidade, em bases de dados robustas, de acordo com a metodologia GRADE² (Evans et al., 2021).

Em resposta à publicação da *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016*, surge a necessidade de fazer emergir um novo pacote de sépsis, denominado *hour-1 bundle*. A alteração mais importante nesta atualização foi que as duas *bundles* existentes (*hour-3* e *hour-6*), foram agrupadas na *hour-1*, com a intenção explícita de iniciar o tratamento e medidas de ressuscitação volémica imediatamente, particularmente em doentes com hipotensão. Esta *bundle* mantém-se em vigor e preconiza que depois de um caso de sépsis e/ou choque séptico ter sido identificado, dispomos até 1 hora para: monitorizar os níveis de lactato sérico; fazer colheitas de sangue para hemoculturas, preferencialmente antes da administração de antibióticos; administrar antibióticos de largo espectro; administrar precocemente solução cristalóide, 30ml/Kg, se hipotensão presente e/ou lactatos $\geq 4\text{mmol/L}$; e iniciar terapêutica vasopressora, se persistência de hipotensão durante ou após a administração de cristalóides, para manter uma Pressão Arterial Média [PAM] $\geq 65\text{mmHg}$ (Levy et al., 2018). De acordo com Antonelli (2018), já foi demonstrado que que pacotes de cuidados/intervenções (*bundles*) podem reduzir a mortalidade por sépsis em 20%.

As *guidelines* atualizadas para a gestão e intervenção precoce em doentes adultos com sépsis e/ou choque séptico, divulgadas pela SSC 2021, são constituídas por 93 declarações no total, que abordam várias áreas de intervenção: triagem e reanimação inicial (n = 10 declarações); infeção (n = 21); hemodinâmica (n = 14); ventilação (n = 12); terapias adicionais (n = 16); e objetivos de atendimento e resultados de longo prazo (n = 20). Das 93 declarações, 15 são recomendações fortes e 54 são

² GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

recomendações fracas, 15 são declarações de melhores práticas e 9 são declarações que declaram “nenhuma recomendação”. Das 15 recomendações fortes, todas, exceto uma, são baseadas em evidências de qualidade moderada ou alta (Evans et al., 2021).

No que respeita então, à triagem e à ressuscitação inicial, as *guidelines* supracitadas dão enfoque à importância da identificação precoce como crucial para o tratamento eficaz da sepsis. Estas diretrizes recomendam a utilização de um programa de melhoria de desempenho no atendimento à pessoa com sepsis ou choque séptico, incluindo a utilização de uma ferramenta de triagem sistemática que permita o reconhecimento precoce de casos suspeitos de sepsis (Evans et al., 2021). Estas *guidelines* vão de encontro às recomendações emitidas em 2017 pela OMS já que, a triagem de sepsis recomendada pela SSC vai contribuir para um diagnóstico precoce, que como refere a OMS, é decisivo para aumentar a probabilidade de sobrevivência, juntamente com um tratamento clínico oportuno e adequado para a sepsis (OMS, 2017).

A identificação de pessoas com sepsis nem sempre é simples, pois os sinais desta patologia podem ser subtis e inespecíficos e passam facilmente despercebidos num ambiente de triagem (Chamberlain et al., 2014). Têm sido desenvolvidas diversas ferramentas/escalas de estratificação de risco que têm sido utilizadas tanto para o rastreio, como para o prognóstico de sepsis. As ferramentas de triagem para a sepsis são projetadas com o objetivo de promover a identificação precoce da sepsis e consistem em métodos manuais ou informatizados que foram desenvolvidos para auxiliar os profissionais de saúde (Evans et al., 2021). Dada a importância benéfica que o diagnóstico precoce desta patologia tem, é imperioso a utilização de uma ferramenta de triagem eficaz e com alta sensibilidade na deteção de disfunção orgânica eminente, que seja capaz de diferenciar a sepsis de outros diagnósticos (Kumar et al., 2006; Rhee et al., 2016). Uma nova recomendação das *guidelines* supracitadas é o uso de um programa de melhoria de desempenho, incluindo uma ferramenta de triagem, como a SIRS, o *National Early Warning Score* [NEWS] ou o *Modified Early Warning Score* [MEWS], em vez do *quick* qSOFA (Evans et al., 2021).

No decurso do EF, com o objetivo de identificar qual a ferramenta de triagem mais sensível para o diagnóstico precoce de sepsis, nas pessoas adultas que recorrem aos SU, avaliando-se o seu poder preditivo na identificação precoce de sepsis em ambiente de triagem foi realizada uma Revisão *Scoping* (Apêndice 2).

Os resultados do estudo realizado foram de encontro às diretrizes emanadas pela SSC, permitindo confirmar a evidência crescente que sugere que o NEWS é uma ferramenta de triagem sensível que, em comparação com as outras ferramentas de triagem mostrou uma maior sensibilidade para identificar casos de sepsis e prever resultados relacionados com esta patologia, no departamento de emergência.

Deste modo, a escolha da ferramenta de triagem NEWS, para a elaboração do protocolo de atuação VVS do SUMC onde decorreu o EF, foi sustentada e apoiada pelo estudo desenvolvido. Este sistema de alerta precoce é validado como indicador de risco de deterioração clínica e mortalidade, com alto desempenho e facilmente calculável no momento da triagem, não dependendo de resultados laboratoriais (Almutary et al., 2020 & Usman et al., 2019).

Face ao exposto, a DGS considerou ser imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitissem a rápida identificação da sépsis e a instituição atempada de medidas terapêutica adequadas. Neste âmbito, e por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, em 2010, a DGS criou a circular normativa “Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)” direcionada a todas as unidades do SNS, no sentido desta medida ser implementada até ao final de 2011, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados (DGS, 2010). Posteriormente, em 2016 foi emitida a norma da DGS nº 10/2016 para a VVS no adulto, atualizada em 2017, onde a DGS volta a declarar ser imperativo e emergente a criação de estratégias para a implementação de medidas de deteção e atuação na presença de casos suspeitos de sépsis (DGS, 2017a).

De acordo com norma acima referida, todos os SU devem implementar a VVS e possuir uma equipa de sépsis, constituída, no mínimo, por um médico de urgência e um EE em EMC - PSC. No caso de se tratar de um SU de nível 2 (aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia), para além destes elementos, deve fazer também parte da equipa um médico de medicina intensiva. Nesta norma podemos encontrar os critérios de ativação da via verde, que auxiliam os enfermeiros aquando da realização da triagem (DGS, 2017a).

Assim, para esta via verde a norma supracitada define quatro etapas sequenciais:

- Etapa 1: Identificação precoce de caso suspeito VVS;
- Etapa 2: Identificação de caso confirmado de VVS;
- Etapa 3: Cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
- Etapa 4: Cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

As Vias Verdes são estratégias organizadas que visam a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados, nas fases pré, intra e inter hospitalares, proporcionando um diagnóstico precoce e um tratamento mais célere e eficaz, com o objetivo de reduzir a mortalidade e sequelas, nas patologias em que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento, é fundamental, com implicações determinantes no prognóstico. A VVS visa implementar, em todos os SU do SNS, um protocolo de identificação rápida e início imediato de estratégias terapêuticas a todos as pessoas com sépsis (MS, 2019).

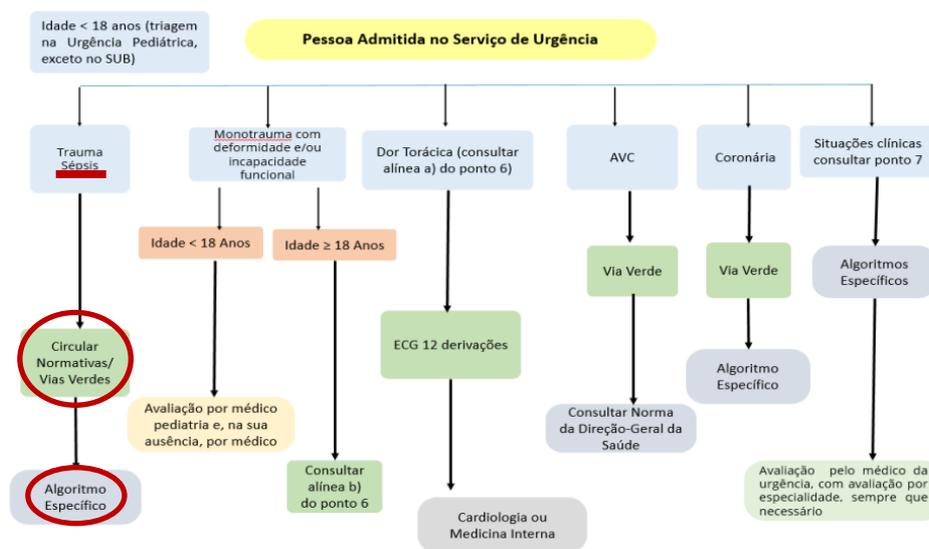
Kumar et al. (2006) afirma que tal como para o AVC e para o EAM, também existe para a sépsis um conjunto de atitudes que quando realizados numa fase precoce reduzem a morbi-mortalidade. Nestas atitudes estão incluídas a identificação e estratificação rápidas de doentes, o uso adequado de antibióticos e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica orientada por objetivos.

Os enfermeiros dos SU, no momento da triagem encontram-se numa posição privilegiada para reconhecer e avaliar os sinais, sintomas e fatores de risco da sépsis, possibilitando a identificação precoce de casos suspeitos de sépsis e um encaminhamento adequado desses doentes (Storozuk et al., 2019).

O Sistema de Triagem de Manchester encontra-se em vigor em Portugal desde o ano 2000. Este sistema tem como objetivo atribuir uma prioridade clínica aos doentes, baseada na gravidade com que estes se apresentam no SU, o que permite uma uniformização de procedimentos e uma tomada de decisão sustentada em algoritmos clínicos, possibilitando ao enfermeiro triador uma atuação centrada em prioridades e ajustada às necessidades dos doentes (Grupo Português de Triagem, 2010).

Segundo a norma da DGS nº 002/2018 todos os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado normas da DGS sobre a VVS no adulto, devendo ser implementados, no momento da triagem protocolos específicos (Figura 2).

Figura 2 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata



Fonte: Norma nº002/2018 (DGS, 2018a)

Assim, a partir da norma da DGS sobre a VVS, todos os hospitais podem desenvolver protocolos de atuação e incorporá-los nos sistemas eletrónicos de registos clínicos, de modo a uniformizar procedimentos e possibilitar a identificação precoce de casos suspeitos de sépsis. A existência de

rotinas e o treino de aplicação de protocolos/algoritmos promovem a saúde e diminuem a mortalidade (DGS, 2010).

Desta forma e havendo evidência científica de que a eficácia da terapêutica depende da rapidez da sua instituição, o diagnóstico atempado da sepsis e a implementação de protocolos de atuação adequados são imperativos. Assim, o PIP que iremos apresentar no próximo capítulo teve como objetivo dar resposta a esta evidência e foi estruturado de acordo com a norma da DGS referida, com adaptações feitas, tendo por base as *guidelines* atualizadas para a gestão da sepsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela SSC, em outubro de 2021

1.3.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com sepsis

Os cuidados de enfermagem à pessoa com sepsis são complexos e de elevada especificidade, exigindo aos enfermeiros a posse de conhecimentos sólidos e fundamentados acerca desta patologia, no que respeita ao seu diagnóstico e tratamento, para que seja possível uma intervenção célere, prevenindo complicações e tendo como objetivo primordial a recuperação total da pessoa.

De acordo com norma da DGS nº 10/2016, todos os serviços de urgência devem implementar a VVS e possuir uma equipa de sepsis, constituída, no mínimo, por um médico e por um EE em EMC – PSC, reconhecido pela OE (DGS, 2017a).

Segundo a OE (2018), os cuidados de enfermagem especializados à PSC, nos quais se englobam os cuidados à pessoa com sepsis, são definidos como

(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta a necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p. 19362).

Importa salientar que estes cuidados de enfermagem

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2018, p. 19363).

A identificação de pessoas com sépsis nem sempre é simples, pois os sinais desta patologia podem ser subtis e inespecíficos e passarem facilmente despercebidos num ambiente de triagem (Chamberlain et al., 2014). Assim, visto que os sinais de uma situação de doença aguda são semelhantes, independentemente do processo subjacente, “A lição prática mais importante, que pode ser dada a enfermeiros, é ensinar-lhes o que observarem, como observarem, os sintomas que indicam melhora, os que indicam o contrário, quais são os de importância, os de nenhuma importância (...)” (Nightingale, 2005, p.147).

Conforme o disposto no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, o enfermeiro, na busca da excelência do seu exercício profissional, tem a responsabilidade de prevenir complicações, ao identificar atempadamente os potenciais problemas do doente, implementando intervenções que contribuam para evitar tais problemas ou para limitar os seus efeitos indesejáveis (OE, 2015a).

Segundo Benner (2001), a função de “diagnóstico e vigilância” é uma das intervenções de enfermagem que contribui para a promoção da segurança da pessoa doente, pois possibilita a deteção atempada de situações de deterioração clínica.

Tendo em conta que o reconhecimento precoce da sépsis e a implementação atempada de estratégias terapêuticas apropriadas são medidas-chave para aumentar a oportunidade de sobrevivência, permitindo não só a diminuição da mortalidade, mas também uma redução significativa dos custos em saúde, o enfermeiro ao ser o primeiro profissional de saúde que contacta com a pessoa doente que recorre ao SU, assume um papel crucial na deteção e reconhecimento atempado de pessoas com sépsis e na consequente ativação da VVS, possibilitando uma abordagem terapêutica atempada, garantindo assim, a administração de protocolos terapêuticos complexos (Evans et al., 2021).

Face ao exposto, consideramos que emerge a necessidade da criação e implementação de protocolos de atuação, como a VVS, na qual o EE em EMC – PSC deve assumir um papel ativo na implementação, coordenação e monitorização. Os conhecimentos e competências do EE nesta área, assentes na melhor e mais recente evidência científica são, portanto, fundamentais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa com sépsis.

2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

O estágio é um momento de aprendizagem que, interligando a teoria à prática, permite o desenvolvimento e a aquisição de competências elementares para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico. O estágio é fundamental no processo formativo do estudante, constituindo-se como um momento exclusivo da sua aprendizagem, proporcionando reflexão sobre o seu desempenho profissional e uma visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, devendo este ser apoiado por uma supervisão dinâmica e criativa, com vista à aquisição de novos conhecimentos (Bouso et al., 2000).

O EF teve início a 13 de setembro de 2021 e desenvolveu-se durante 18 semanas, com o seu término a 28 de janeiro de 2022, contando com a interrupção letiva para as férias de Natal, correspondendo na sua totalidade a 388 horas de contacto. O objetivo geral deste EF foi adquirir e desenvolver competências comuns e específicas de EE em EMC – PSC e de mestre em enfermagem, assim como elaborar e desenvolver um PIP no local onde decorreu o estágio, neste caso concreto, num SUMC, de um CH a sul do país. A opção da realização do estágio neste serviço incidiu no facto de termos a oportunidade de prestar cuidados a doentes das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, em situação crítica, proporcionando a aquisição de competências específicas. Assim, e tendo em conta todo o percurso profissional da estudante, a decisão de estagiar no SUMC, foi fácil e fez todo o sentido. Uma vez que esta já presta cuidados à PSC em contexto pré-hospitalar e numa UCIP, consideramos que desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados num SU seria fundamental para conhecer toda a dinâmica e circuito do doente crítico e desse modo, complementar e enriquecer todo o seu conhecimento sobre a abordagem à PSC, tornando-se numa mais-valia para assegurar a continuidade dos cuidados.

Para complementar o EF foram também realizados pequenos estágios de observação, um num CMPCOS, de modo a adquirir e desenvolver competências relacionadas com a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e outro junto da equipa de enfermagem do GCL – PPCIRA, do CH, por forma a compreender as funções do enfermeiro neste serviço e, assim, desenvolver competências relacionadas com a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Neste capítulo, iremos realizar uma breve apresentação, descrição e caracterização da instituição de saúde, bem como do serviço onde decorreu o EF, fazendo referência à sua estrutura física, recursos humanos e materiais. Faremos também, uma análise da gestão e produção de cuidados, bem como uma sucinta descrição do CMPCOS, onde se realizou o estágio de observação. Segue-se ainda, no mesmo capítulo, a descrição fundamentada do desenvolvimento do PIP, nas suas 5 etapas (diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados),

tendo por base a MTP e interligação com o MMPBE, de June Larabee.

2.1. Centro Hospitalar

O CH onde decorreu o EF foi criado pelo decreto-lei 101/2017, e faz parte do sector empresarial do estado, dando resposta, no quadro do SNS, às necessidades de cuidados de saúde hospitalar da população residente na região do Algarve e, em algumas das suas valências, à população residente na região Sul do Alentejo. Assegura, portanto, assistência a uma população, aproximadamente de 440.000 habitantes, existindo a probabilidade de aumento exponencial desta população, em alturas do ano em que o turismo se intensifica. Esta instituição promove equidade no acesso aos cuidados de saúde, respeitando os princípios éticos, os direitos dos utentes e os princípios da dignidade humana, fomentando a cultura de serviço público, centrado no utente e na satisfação do atendimento recebido (Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA], 2020). Para afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados este CH rege-se por vários pressupostos: segurança do doente; melhoria contínua dos processos; gestão da dor; cuidados humanizados; comunicação assertiva; informação e fidelização do utente (SNS, 2021).

A missão desta instituição de saúde abrange também a investigação e o ensino médico e em saúde. Esta é uma instituição de referência no SNS, com estatuto de hospital universitário, mantendo para o ensino clínico uma articulação estreita com a Universidade do Algarve, que se estende ao consórcio Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, cujo objetivo é de afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade (CHUA, 2020).

Este CH é formado por seis unidades de saúde com capacidade de internamento, entre as quais um Centro de Medicina Física e Reabilitação e uma Unidade de Convalescença, com valências de serviços específicas que se completam entre si, e ainda serviço de Hospitalização Domiciliária que garante resposta assistencial nesta valência, em várias localidades do Algarve. Às unidades de saúde referidas, acrescem ainda quatro serviços de urgência básica, distribuídos geograficamente pela região do Algarve, de modo a assegurar a cobertura total do seu território (CHUA, 2021a).

Relativamente ao modelo de governação clínica, o CH encontra-se organizado em sete departamentos de serviços clínicos, nomeadamente: Médico; Cirúrgico; Criança, adolescente e família; Ginecologia, Obstetrícia e reprodução humana; Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos; Psiquiatria e saúde mental; Clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos. Cada departamento compreende um conjunto de serviços clínicos e cada serviço clínico está estruturado de acordo com a respetiva especialidade médica, apresentando uma direção clínica e um gestor de enfermagem ou

então, caso se justifique pelas características do próprio serviço, a coordenação do mesmo pode ser assegurada por um técnico superior de tecnologias de saúde (CHUA, 2019).

Neste CH o departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, encontra-se representado em duas Unidades Hospitalares [UH]. Numa das UH este departamento engloba um Serviço de Urgência Polivalente, três Serviços de Urgência Básica, dois serviços de Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] e um Serviço de Medicina Intensiva [SMI], que por sua vez é responsável por uma Sala de Emergência [SE], por uma UCIP e por uma Unidade de Cuidados Intermédios. Em relação à outra UH, o departamento supracitado inclui um Serviço de Urgência Básica, um serviço de VMER, um SUMC e um SMI que assume a responsabilidade por uma SE, por uma UCIP e por uma Unidade de Cuidados Intermédios (CHUA, 2020).

A SE apesar de ser da responsabilidade do SMI encontra-se fisicamente localizada no SUMC, sendo sobre este espaço físico que nos iremos debruçar ao longo deste relatório por corresponder ao contexto clínico onde decorreu o EF, proporcionando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

2.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica

De acordo com o artigo 4º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os SUMC correspondem ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma principal de apoio diferenciado à rede de serviços de urgência básica e referenciando para os serviços de urgência polivalente situações que careçam de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades inexistentes nos SUMC. Para o seu funcionamento e tendo por base o despacho anteriormente referido, estes serviços de urgência devem dispor de valências médicas obrigatórias e equipamentos mínimos, nomeadamente: Medicina Interna; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno-Hemoterapia; Bloco Operatório (em permanência); Imagiologia (assegurando em permanência radiologia convencional, ecografia simples e Tomografia Axial Computorizada) e Patologia Clínica (garantindo em permanência todos os exames básicos, incluindo gasometrias arteriais). Para além disso, os SUMC dispõem de uma SE em que os SMI devem prestar apoio na receção do doente emergente e/ou crítico, através da presença de um médico com experiência em medicina intensiva. Estes serviços devem ainda assegurar o transporte do doente crítico e terem uma VMER, em gestão integrada. É de salientar que o SUMC onde decorreu o EF cumpre os requisitos referidos.

No ponto seguinte faremos então, uma breve descrição do local de estágio onde foi desenvolvido

o PIP, tendo por base a sua estrutura física, bem como recursos humanos e materiais.

2.2.1. Caracterização da estrutura física, recursos humanos e materiais

O SUMC dá resposta à população de vários concelhos da região do Algarve e Baixo Alentejo, contudo, pela inexistência de algumas valências ou incapacidade em realizar exames mais diferenciados, há a necessidade de encaminhar alguns utentes para outros hospitais, maioritariamente para a outra UH deste CH, mas também para os Centros Hospitalares de Lisboa. É de ressaltar ainda que, este SU é afetado pela oscilação de população sazonal que se verifica no Algarve por esta ser uma região turística, pelo que, para além de assistir os residentes fixos da zona, atende, com bastante frequência, turistas de várias nacionalidades e de outras zonas do país.

Este serviço encontra-se localizado fisicamente no 1º piso da instituição hospitalar e é composto por diversas áreas/postos de trabalho/atendimento, conforme o estabelecido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

Área de admissão e registo

Constituído por postos de atendimento administrativo para a inscrição de utentes no SU, que se deslocam pelos seus próprios meios e um dos postos específico para atendimento aos meios de emergência.

Área de triagem de prioridades

Existe uma área de pré-triagem onde se determina se o utente segue o circuito de atendimento normal ou o circuito de atendimento de caso suspeito de infeção por SARS-CoV-2. Caso o utente não seja considerado caso suspeito a inscrição é feita no posto de atendimento administrativo e a triagem de prioridades é realizada pelo enfermeiro triador na sala de triagem. Caso o utente seja caso suspeito ou confirmado com infeção por SARS-CoV-2, a inscrição poderá ser realizada pelo telefone, pelo administrativo que se desloca até ao utente ou pelo tripulante de ambulância, no posto de atendimento administrativo. Nestes casos, o enfermeiro triador faz a triagem junto do utente e este é encaminhado para a tenda de espera, destinada a estas situações ou para o contentor com salas de observação/isolamentos.

Este SU utiliza o sistema de triagem de Manchester cumprindo o disposto no artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, em que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU” (p. 20675).

Áreas de espera

De acordo com a prioridade atribuída pelo sistema de triagem de Manchester e de acordo com a capacidade de deambulação do utente, este poderá ser alocado na sala de espera para utentes triados de azul ou verde ou na sala de espera para utentes triados de amarelo ou laranja.

Área de avaliação clínica

Composta por 6 gabinetes médicos, sendo um deles destinado à avaliação da especialidade de Psiquiatria e outro à especialidade de Ortopedia. Para além disso, existe um balcão de atendimento médico, com vários postos de trabalho, situado na área de Decisão Clínica/“open space”, assumido pelos médicos de Medicina Interna.

Sala de Emergência

Esta é uma área destinada à abordagem, reanimação e estabilização de doentes em estado crítico, sejam do foro médico ou cirúrgico, incluindo trauma. O seu funcionamento está protocolado e regulamentado de forma a prevenir situações imprevistas e a sua responsabilidade clínica é do SMI. Estruturalmente esta sala dispõe de duas unidades individuais totalmente equipadas, cada uma com um ventilador, monitor, com possibilidade de monitorização invasiva, dispositivos para colocação de perfusões endovenosas, incluindo seringas ou bombas infusoras e todo o material necessário para a realização de técnicas como a entubação endotraqueal, acessos vasculares arteriais e venosos (periféricos e centrais), desfibrilhação ou cardioversão elétrica, colocação de pace maker externo, dreno torácico e/ou cateter urinário, entre outros procedimentos. Esta sala dispõe ainda de uma terceira boxe suplementar, com possibilidade de alocação de um terceiro doente, em caso de necessidade. Além desta SE, existe uma segunda SE destinada ao atendimento de doentes críticos suspeitos ou confirmados com infeção por SARS-CoV-2 que está igualmente equipada, contudo esta é apenas composta por uma box, com capacidade para dar resposta a um doente de cada vez.

Área de ortotraumatologia

Designada por balcão de ortopedia e composta por um gabinete de atendimento médico desta especialidade e por outro gabinete para realização de técnicas do foro ortopédico.

Área de curta permanência e observação

- Balcão de enfermagem/Área de pré-atendimento – Destinado à observação e prestação de cuidados aos doentes que necessitem de estar sentados em cadeirão ou cadeira-de rodas e/ou

que careçam de observação contínua, monitorização ou que se encontrem a realizar oxigenoterapia ou terapêutica inalatória. Esta área dispõe de várias rampas de oxigénio e de monitores portáteis de avaliação de parâmetros vitais e monitorização contínua;

- Área de Decisão Clínica – Reservada à observação e prestação de cuidados aos doentes que necessitem de estar em maca ou que estejam internados a aguardar vaga num serviço de internamento. Esta sala não tem limite máximo de capacidade estipulado, recebendo doentes enquanto existir espaço para alocar as macas. É composto por várias rampas de oxigénio e várias boxes, individualizadas por cortinas. Tem ainda um isolamento respiratório reservado ao atendimento de doentes com necessidade de isolamento respiratório ou por gotículas, até à sua transferência para um local definitivo.
- Contentor COVID – 19 – Fisicamente localizado no exterior do SU, sendo designado para o atendimento e observação de doentes suspeitos ou confirmados com infeção por SARS-CoV-2. Este espaço é composto por dez unidades de isolamento, sendo uma destas para atendimento da especialidade de Obstetrícia.

Outras áreas

Além das áreas supracitadas podemos ainda, salientar a existência de uma sala de pequena cirurgia, destinada à prestação de cuidados a doentes que necessitem da realização de pensos, suturas, procedimentos invasivos como drenagens torácicas, punções lombares, entre outros; um gabinete do Enfermeiro Gestor; um gabinete do Diretor Clínico; um gabinete da Assistente Social; uma arrecadação junto à SE com equipamentos (seringas e bombas infusoras, monitores desfibrilhadores), material para ventiladores e interfaces para a ventilação não invasiva e duas malas de transferência para as transferências inter-hospitalares de doentes; uma arrecadação para armazenamento de material de consumo clínico; uma dispensa para armazenamento de solutos e alguns fármacos; Salas de armazenamento e de eliminação de resíduos; uma copa para funcionários e casas de banho para utentes e para funcionários.

Recursos Humanos

Em termos de recursos humanos a equipa multidisciplinar do SUMC é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, administrativos, seguranças, funcionários do serviço de limpeza e funcionários do serviço de alimentação.

A equipa médica é constituída por médicos de clínica geral, de medicina interna e de cirurgia geral, com o apoio de anestesistas, ginecologistas/obstetras e intensivistas. As especialidades de

oftalmologia, gastroenterologia, ortopedia, otorrinolaringologia e psiquiatria não estão disponíveis todos os dias nesta UH, havendo dias que apenas se encontram disponíveis na outra unidade de saúde, do mesmo CH.

A equipa de enfermagem é constituída por 94 elementos, sendo que fazem parte deste número o enfermeiro gestor e o enfermeiro que o substituí, na sua ausência. Estes elementos encontram-se distribuídos por cinco equipas de enfermagem sendo que cada uma destas, é constituída em média por dezoito a dezanove elementos. Em cada equipa existe um elemento que assume a chefia de equipa, sendo por norma um enfermeiro especialista que assume essa função e é responsável pela distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho e pela gestão do serviço, na ausência dos seus superiores hierárquicos. A quinta equipa é composta por elementos que têm horário flexível ou licença de amamentação. Desta equipa de enfermagem fazem parte 10 enfermeiros especialistas em EMC, 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No que respeita ao método de trabalho, neste SU é utilizado o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro é responsável pela organização, prestação de cuidados e registos de enfermagem referentes aos utentes que atende. Estes registos são efetuados no sistema informático Alert®, à exceção dos registos referentes aos doentes que estão internados na Área de Decisão Clínica, a aguardarem vaga no internamento, que são efetuados no programa informático S-Clinic®. Em relação à distribuição dos enfermeiros pelos vários postos de trabalho, esta é feita de acordo com as características e experiência formativa dos elementos que compõem cada equipa, não existindo critérios standard para a sua distribuição, à exceção da SE onde só podem ser alocados elementos que tenham pelo menos um ano de experiência profissional no SU e que tenham formação específica em Suporte Avançado de Vida [SAV] e trauma. O posto de triagem também só poderá ser ocupado por enfermeiros que já tenham realizado o Curso de Triagem de Manchester promovido pelo Grupo Português de Triagem, que exige para a sua realização, pelo menos seis meses de experiência profissional. Importa referir ainda que, são maioritariamente os elementos da equipa de enfermagem do SUMC que asseguram as transferências inter-hospitalares urgentes de doentes, sendo que existe sempre, em cada turno, um enfermeiro escalado para a Via Verde Coronária [VVC], que será responsável pelo acompanhamento dos doentes durante o transporte inter-hospitalar, no caso da existência de uma VVC, com necessidade de transferência para a outra UH.

Em relação aos assistentes operacionais, tal como os enfermeiros, estes também se encontram distribuídos por equipas, e estão sob a responsabilidade do chefe de equipa de enfermagem que lhes delega funções e os distribuí pelos vários postos de trabalho.

2.3. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados

Os sistemas de saúde nos dias de hoje enfrentam desafios significativos à sua organização e sustentabilidade, fundamentalmente motivados pelos padrões de desenvolvimento demográfico, particularmente pelo envelhecimento populacional e padrões epidemiológicos daí decorrentes. Esta realidade exige, por parte das instituições de saúde uma rápida adaptação da oferta assistencial a populações envelhecidas, com multimorbilidade, patologia maioritariamente crónica, e maior probabilidade de se encontrarem em situações de dependência funcional e fragilidade social (CHUA, 2021b).

As UH do CH, foram criadas em épocas em que a população servida era muito inferior à atual, sendo, por isso, a cobertura regional muito inferior à média nacional. Além disso, nesta região existem picos elevados de afluência turística, o que causa um desequilíbrio maior entre os recursos e a procura. Estes factos pressionam o desempenho organizacional e dificultam a adequada racionalização da prestação de cuidados de saúde, no contexto da resposta global pública de saúde (CHUA, 2021b).

Este CH serve um extenso território, sendo que as suas duas UH principais distam quase 70 km entre si. Esta dispersão impede uma gestão eficiente de recursos, nomeadamente de profissionais, acarretando um custo excessivo. Para além disso, estas UH são as que mais distam, em todo o território nacional, dos hospitais que lhe servem de referência, localizados, a cerca de 300 km de distância. Esta realidade, aliada às dificuldades em atrair profissionais de saúde e dotar o CH de diversas valências podem originar, por exemplo, tempos de resposta, equidade no acesso e preço dos serviços subcontratados menos eficientes, comparativamente a hospitais idênticos localizados noutras zonas do país, colocando-o num patamar de dificuldades. A diferença existente nas condições de acesso dos utentes ao SNS no Algarve face à média nacional indicia que não está assegurado um adequado nível de equidade e de coesão nacional (CHUA, 2021b).

As grandes dificuldades existentes neste CH, relacionadas com fatores sociodemográficos, económico-financeiros, défice de recursos humanos e materiais, colocam o desafio de cumprir a sua missão num patamar elevado.

Acrescem ainda a estas dificuldades, as condicionantes estratégicas decorrentes da situação pandémica dos últimos 2 anos que, influenciaram substancialmente o planeamento e ação para a obtenção de resultados em saúde dos sistemas de saúde, com impacto significativo na atividade assistencial e funcionamento das instituições. O CH, à semelhança de outras instituições de saúde teve de dar resposta aos desafios gerados pela pandemia, redefinindo circuitos e reorganizando recursos, com necessidade de suspensão de alguma atividade assistencial (CHUA, 2021b).

Assim, através da consulta do Relatório de Gestão e Contas deste CH, relativo ao ano de 2020, constatou-se que o impacto da pandemia por COVID – 19 foi notável, na sua atividade assistencial, nomeadamente:

- Contração em 7% no número de consultas externas;
- Quebra muito acentuada em todas as tipologias de serviços de urgência (-30%);
- Menos 14% de doentes saídos de internamento;
- Acentuada diminuição de intervenções cirúrgicas (-21%)
- Queda agregada de 10% na produção em hospital de dia não agrupável;
- Menor número de MCDT realizados dentro (-10%) e fora (-25%) da instituição. (CHUA, 2021b,

p.49).

A capacidade de resposta cirúrgica foi das áreas assistenciais mais afetadas pela pandemia neste CH. Ao mesmo tempo, houve uma subida na produção de internamento domiciliário e de atividade ambulatória domiciliária (CHUA, 2021b).

Nos SU deste CH, verificou-se uma quebra muito acentuada no atendimento urgente em todas as tipologias (-108.297 episódios, -29.8%). Em média, por dia registaram-se menos 300 episódios de urgência em 2020 do que em 2019. Por tipologia, constata-se que a quebra foi mais acentuada nos Serviços de Urgência Básica (-36,5%), seguido do SUMC (-28,4%) e do Serviço de Urgência Polivalente (-24,9%). No entanto, apesar desta quebra no número de atendimentos, houve um aumento de 7% na proporção de episódios triados com prioridades mais baixas, sugerindo que a quebra poderia ter sido maior se a atividade dos cuidados de saúde primários assegurasse a absorção desta procura menos urgente. Constata-se assim que, a área da urgência foi particularmente atingida pela pandemia COVID – 19, tendo-se verificado uma contração significativa quer pela necessidade da reorganização assistencial, mas também pelo comportamento da população que, apresentou uma redução muito expressiva na procura de cuidados de saúde urgentes (CHUA, 2021b).

De acordo com os dados expostos no relatório de gestão e contas supracitado, o índice de desempenho global (acesso aos cuidados de saúde, desempenho assistencial, desempenho económico-financeiro e qualidade) deste CH em 2020 foi de 58,6%, sendo significativamente inferior ao ocorrido em 2019 (72,7%). Estes dados são explicados pelos efeitos da pandemia.

Importa salientar, que apesar de tudo e que mesmo num ano tão complexo e cheio de desafios, o CH conseguiu o reconhecimento do seu trabalho, tendo sido o hospital mais eficiente em 2020 (segundo um estudo da Coimbra Business School), e conseguiu também vencer recentemente a Bolsa “Capital Humano em Saúde”, sendo esta uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores

Hospitales. Espera-se deste modo que, a missão do CH seja cada vez mais alcançada e que todos os seus utentes, possam ter a resposta em saúde que mais se adequa à sua realidade (CHUA, 2021b).

Este CH integra um Centro de Formação, Investigação e Conhecimento [CFIC]. Este centro é responsável por executar e monitorizar um plano de formação anual com vista à promoção, desenvolvimento de competências e atitudes dos profissionais para que, estes exerçam as suas funções com maior efetividade e eficiência, constituindo-se como uma mais valia quer para os profissionais, quer para a instituição (CHUA, 2021b).

Além disso, de modo a colmatar outras necessidades formativas específicas, o SUMC promove formações de interesse para os enfermeiros, relacionadas com a prestação de cuidados à PSC, tendo por base as reais necessidades identificadas pela equipa, como é exemplo o “Curso de Vias Verdes”, com uma carga horária de 16 horas, realizado semestralmente e que, em parte vai de encontro ao 21º artigo do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que pressupõe que, pelo menos 50% dos profissionais da equipa deve ter formação em Vias Verdes.

No que diz respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, a equipa do SUMC encontra-se organizada em dois turnos de forma a perfazer as 24 horas/dia, sendo o turno da manhã, das 8h às 20h30min e o turno da noite das 20h às 8h30min. Os enfermeiros focam a prestação de cuidados, através do método individual de trabalho aos doentes que se encontram nos postos de trabalho que lhes são previamente atribuídos. A distribuição dos enfermeiros por turno é geralmente superior no turno da manhã e varia entre 17 e 19 enfermeiros, enquanto no turno da noite varia entre 15 e 16 enfermeiros. Estes enfermeiros são distribuídos pelos vários postos de trabalho, conforme já foi descrito anteriormente. É de ressaltar que face à imprevisibilidade característica de um SU, de forma a assegurar a segurança e qualidade dos cuidados prestados, poderá haver necessidade de redistribuição dos elementos pelos vários postos de trabalho, por parte do chefe de equipa.

2.4. Estágio De Observação Num Centro Municipal De Proteção Civil E Operações De Socorro

O CMPCOS onde decorreu o estágio de observação é uma unidade orgânica de uma Câmara Municipal a sul do país que garante o funcionamento de todos os organismos municipais na prossecução das atividades de proteção civil e é dirigida por um Coordenador Municipal de Proteção Civil, que depende hierárquica e funcionalmente da Presidente da Câmara Municipal. Curiosamente este coordenador é EE em EMC, o que foi sem dúvida ainda mais enriquecedor neste estágio. Esta unidade de proteção civil está dimensionada em função do exercício da atividade de proteção e

socorro, tendo em conta as características da população alvo e os riscos existentes no respetivo território municipal. Na iminência ou ocorrência de acidente grave ou catástrofe, desenvolve ações de proteção civil de prevenção, socorro, assistência e recuperação, adequadas em cada caso. Tem funções de planeamento, operações, logística, prevenção e segurança e informação pública (Serviço Municipal de Proteção Civil [SMPC], 2018)

Assim o CMPCOS tem várias áreas de intervenção, nomeadamente:

No âmbito do Planeamento e Operações:

- Elaborar e atualizar o Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil e dos Planos especiais existentes;
- Planear o apoio logístico a prestar às vítimas e às forças de socorro em situação de emergência;
- Fazer o levantamento, organização e gestão dos centros de alojamento a acionar em situação de emergência;
- Elaborar planos prévios de intervenção e execução de exercícios e simulacros de proteção.

Nos domínios da Prevenção e Segurança:

- Propor medidas de segurança face aos riscos identificados;
- Elaborar projetos de regulamentação de prevenção e segurança;
- Realizar ações de sensibilização relacionadas com questões de segurança, preparando e organizando as populações face a riscos e cenários previsíveis;
- Promover campanhas de informação acerca de medidas preventivas, dirigidas a setores específicos da população alvo, ou sobre riscos específicos em cenários prováveis previamente definidos (SMPC, 2018).

A Proteção Civil Municipal intervém ainda no âmbito florestal, através do gabinete técnico florestal; no estímulo ao voluntariado em proteção civil e em matéria de informação pública, assegurando a pesquisa, análise, seleção e divulgação de documentação e medidas relevantes (SMPC, 2018).

Este serviço Municipal de Proteção Civil realiza também atividades complementares de ação educativa integradas no programa municipal de sensibilização “A Escola e os Riscos Preparar para Proteger”, integra a Linha de Proteção 24 e possui um programa próprio de Desfibrilhação Automática Externa, aprovado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (SMPC, 2018).

Entre outros planos, destacam-se nesta unidade o “Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil”; o “Plano Municipal de Defesa da Floresta Contra Incêndios” e o “Plano Especial para o Risco Sísmico e de Tsunamis do Algarve” (SMPC, 2018).

É de salientar que todas as atividades planeadas por esta entidade estiveram suspensas nos últimos tempos, devido à pandemia por COVID – 19 que por sua vez, levou à ativação do Plano Distrital

de Proteção Civil. Esta entidade esteve assim, ativamente envolvida na resposta aos desafios impostos pela situação pandémica, nomeadamente no que diz respeito aos processos de planeamento e instalação de um hospital de campanha em tempo record, assim como de centros municipais de vacinação. Foi ainda responsável pelo levantamento, organização e gestão de centros de alojamento para pessoas que necessitaram de isolamentos devido à infeção por SARS-CoV-2, colaborou no agendamento e na realização de zaragatoas para despiste de COVID – 19 e também teve um papel estreito de colaboração com a Unidade de Saúde Pública, colaborando na investigação de links epidemiológicos.

2.5. Projeto De Intervenção Profissional

O PIP (Apêndice 1) foi desenvolvido no decurso do EF, integrado no mestrado em enfermagem, cuja área temática incidiu sobre a VVS, inserindo - se esta, na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida. Este projeto foi desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto e com a finalidade de adquirir e desenvolver as competências de mestre em enfermagem, bem como de promover a prestação de cuidados seguros e de qualidade à PSC, com ganhos efetivos em saúde.

De acordo com Jesus (2008) este tipo de metodologia promove o desenvolvimento do indivíduo, sendo que este se torna responsável pela edificação do seu próprio saber. Esta metodologia é suportada pelo conhecimento teórico que será posteriormente aplicado na prática, assemelhando-se com processos investigação-ação.

Segundo Ruivo et al. (2010) “a metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (p.2). Esta metodologia é assim, promotora de uma prática fundamentada na evidência e é organizada em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

De seguida, segue-se a fundamentação da problemática identificada e passamos a descrever cada uma das etapas da metodologia de projeto e as atividades desenvolvidas para a concretização das mesmas, no decurso do desenvolvimento do PIP.

2.5.1. Problemática: a segurança do doente crítico no contexto de sépsis

O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva que tem como objetivo a identificação de

problemas e/ou necessidades e a sua resolução através de ações práticas. A identificação do problema diz respeito á primeira etapa de um trabalho de investigação ou de elaboração de um projeto, onde se deve definir hipóteses e operacionalizar as variáveis intervenientes (Ruivo et al., 2010).

De acordo com Vilelas (2017), para além da pertinência científica da problemática a estudar, devem ser considerados outros fatores, como a motivação, familiaridade como objeto de estudo, previsão dos recursos necessários, hipótese de publicação e acessibilidade a fontes de informação e financiamento.

A problemática por nós identificada e, por sua vez uma necessidade do serviço, relacionou-se com a inexistência da implementação da VVS no SUMC, onde se decorreu o estágio final e que, por sua vez, também se constitui uma área de interesse pessoal. Esta realidade condiciona a resposta dos enfermeiros neste contexto, acrescentando-se ainda a isso, a inexistência de um documento institucional que oriente e uniformize a prática. É neste contexto que o EE em EMC – PSC, assume um papel elementar na identificação de problemáticas existentes nos serviços, visando a prestação de cuidados à luz da melhor e mais recente evidência científica.

A mortalidade por sépsis é elevada, sendo esta patologia considerada, um grave problema de saúde pública. A consciência deste facto justifica que seja feito um importante investimento nesta área, na tentativa de se reduzir a sua incidência e quando tal não é possível, que seja reduzida a morbilidade e a mortalidade a si associadas (Zanotti-Cavazzoni, 2008).

Tal como existe para o AVC e para o EAM, também existe para a Sépsis um conjunto de intervenções que, se realizadas numa fase precoce reduzem a morbilidade e mortalidade, traduzindo-se numa conseqüente promoção e melhoria da qualidade dos cuidados (Kumar et al., 2006).

A criação e implementação de um conjunto de atitudes a que se denomina VVS tem como objetivo a implementação de protocolos de identificação rápida e o início imediato de estratégias terapêuticas adequadas a todos os doentes com sépsis e/ou choque séptico. De acordo com a Circular Normativa nº 01/DQS/DQCO, da DGS, de 6 de janeiro de 2010,

A implementação de um protocolo terapêutico de sépsis permite não só diminuir a mortalidade, mas, também, uma redução substancial dos custos para as instituições. Uma implementação alargada destes protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a melhoria da utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos. (DGS, 2010, p.1).

Atualmente existe evidência científica de que, uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de uso de antibioterapia adequada como, de estratégias de ressuscitação hemodinâmica, pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com sépsis e/ou choque séptico, sendo por isso, imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que possibilitem a sua rápida

identificação e a instituição atempada de medidas terapêuticas otimizadas e encaminhamento adequado (Evans et al., 2021). Os protocolos de atuação com início na triagem, melhoram a identificação e abordagem ao doente em risco, contribuindo para um reconhecimento precoce e cumprimento das orientações existentes e fundamentadas em evidência científica, podendo assim reduzir o tempo de internamento hospitalar e consequentemente os custos em saúde (McDonald et al., 2018).

A dinâmica da SSC influenciou fortemente a prática clínica em todo o mundo, deixando bem claro que para salvar vidas de doentes com sépsis tem de ser feito um forte investimento na qualificação dos profissionais e na melhoria das organizações, com enfoque no reconhecimento precoce da sépsis e no seu tratamento imediato (Carneiro et al., 2016).

Assim, à semelhança da Via Verde AVC e a da VVC, já implementadas no SUMC e com organização metodológica dos cuidados e ganhos em saúde reconhecidos, é imperioso para incrementar a qualidade dos cuidados e promover a segurança do doente, tornando-o uma mais-valia, a implementação do protocolo VVS, que possibilite à Instituição cumprir o disposto na Norma da DGS n.º 010/2016, de 30/09/2016 com a respetiva atualização de 16/05/2017, que pressupõe a implementação desta via verde em todos os SU do SNS. O protocolo VVS permite instituir uma abordagem inicial ao doente com sépsis e/ou choque séptico célere e uniforme no seio da equipa multidisciplinar, o que poderá marcar a diferença no prognóstico, entre a existência de sequelas e um tratamento efetivo. Para além disso, o INEM também tem procurado implementar esta via verde em contexto extra-hospitalar, de forma a identificar com mais celeridade doentes com sépsis e proceder à sua estabilização inicial e encaminhamento adequado, estando os seus diversos meios capacitados para a recolha de informação neste âmbito, permitindo o seu envio aos hospitais, em tempo real, através do registo eletrónico, contemplando assim a possibilidade de oferecer maior cobertura na operacionalização desta via verde (MS, 2019).

Neste sentido, e com o objetivo de dar resposta a esta problemática, consideramos que o desenvolvimento do PIP neste âmbito é pertinente, adequado e enquadrado tanto na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, bem como nas unidades de competências específicas em EMC – PSC que visam a prestação de cuidados à PSC, com identificação precoce de focos de instabilidade e resposta rápida e antecipatória, garantindo também a administração de protocolos terapêuticos complexos e a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Este projeto intitula-se como “Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico”, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados ao doente crítico com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC, através da implementação de um protocolo de atuação.

2.5.2. Diagnóstico de situação

A primeira etapa da Metodologia de Projeto diz respeito ao diagnóstico de situação, onde se pretende identificar uma problemática e “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Ruivo et al., 2010, p.10).

O diagnóstico de situação é um processo dinâmico, contínuo, alvo de atualizações constantes e que deve corresponder às necessidades de saúde da população, sendo crucial que o mesmo se realize num período de tempo útil e devidamente aprofundado, de forma a permitir a implementação de estratégias e ações consistentes e exequíveis (Ruivo et al., 2010).

Nesta etapa prevê-se que, primeiro seja realizada a identificação dos problemas e as causas prováveis dos mesmos e que, posteriormente sejam definidas as necessidades da população (Ruivo et al., 2010). De acordo com Tavares (1990), entende-se por problema uma condição deficitária, enquanto a necessidade diz respeito à diferença entre a condição atual e aquela que se deseja alcançar.

Pode dizer-se que esta etapa vai ao encontro da primeira etapa do MMPBE de Larrabee, onde se pretende identificar um problema da prática, relacioná-lo com intervenções e resultados e, validar a necessidade de mudança dessa prática, através da recolha e comparação de dados internos e externos (Larrabee, 2011).

Assim, quando se consegue identificar e definir o problema, é possível dar seguimento a todas as outras etapas que se seguem na Metodologia de Projeto, promovendo a segurança e a qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Na fase inicial do EF, ao longo das duas primeiras semanas foi possível conhecer o serviço e tomar conhecimento de normas de orientação clínica e de protocolos de atuação implementados no serviço, bem como de projetos de melhoria de qualidade que este SU integra, constatando-se a inexistência da implementação da VVS e de um respetivo protocolo de atuação.

Deste modo, a situação problemática por nós identificada e, por sua vez uma necessidade do serviço, relacionava-se com a ausência da implementação da VVS, não cumprindo o disposto na norma da DGS nº 10/2016. Com o intuito de validar a pertinência da problemática identificada e de estabelecer prioridades e estratégias tornou-se fundamental o recurso a entrevistas exploratórias não estruturadas, onde foram colocadas questões abertas, permitindo aos enfermeiros maior liberdade para expressarem a sua opinião e recomendações. Estas foram dirigidas ao enfermeiro gestor de serviço e à enfermeira orientadora de estágio que, demonstraram muito interesse pela problemática

identificada e confirmaram que, esta era uma verdadeira necessidade do serviço e que tal realidade condicionava a resposta dos enfermeiros neste contexto, pela inexistência de um documento institucional que orientasse e uniformizasse a prática, o que poderia colocar em risco a segurança e a qualidade no atendimento aos doentes com sépsis e/ou choque séptico. De facto, já tinha existido uma tentativa de implementar um protocolo de sépsis neste SUMC, mas que não se concretizou por não existir um grupo que garantisse a formação, aplicação e monitorização do respetivo projeto. Como se sabe, a prestação de cuidados de qualidade a esta tipologia de doente no SU, assume extrema importância na medida em que, deve ser prestada o mais precocemente possível, pois desta depende a sobrevivência e a existência ou não de possíveis sequelas. A prevenção, prioritária em saúde, associada aos objetivos de segurança e de qualidade, é a estratégia melhor e mais económica para evitar os problemas decorrentes das doenças infecciosas, nomeadamente da sépsis (DGS, 2011).

Posteriormente, foi ainda validada a pertinência da temática junto dos diretores de Serviço do SU e do SMI, tendo os mesmo demonstrado total interesse na mesma, referindo-se a esta como de extrema importância, demonstrando total disponibilidade para colaboração no presente projeto.

Como refere Ruivo et al. (2010), para “identificar as necessidades de saúde alteradas, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros.” (p.16). De acordo com o mesmo autor, a escolha do instrumento de avaliação encontra-se relacionada com o contexto e com a população, encontrando-se, portanto, os profissionais de saúde numa posição privilegiada por estarem em contacto direto e permanente com a população e com os seus problemas.

Com o objetivo de sustentar a problemática identificada, recorreremos também ao método de análise SWOT³. Este instrumento de avaliação, amplamente utilizado na investigação, permite identificar e avaliar as forças (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*), permitindo a reflexão e confrontação entre os fatores positivos e negativos, identificados para a problemática em estudo (Ruivo et al., 2010).

Esta ferramenta permite obter informações do ambiente interno (forças e fraquezas) e do ambiente externo (oportunidades e ameaças), dando-nos uma visão mais ampla da instituição, contribuindo para delinear objetivos e intervenções prioritárias, de forma estruturada, tendo em consideração os fatores possíveis e capazes de interferir no desenvolvimento do projeto (Ruivo et al., 2010). Verificou-se que os fatores positivos se sobrepuseram aos fatores negativos, oferecendo-nos segurança para avançar como o PIP.

A análise SWOT realizada encontra-se representada abaixo, no quadro 1.

³ SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

Quadro 1– Análise SWOT

FATORES INTERNOS	
FORÇAS (S)	FRAQUEZAS (W)
<ul style="list-style-type: none"> • Consentimento e apoio do diretor, do enfermeiro gestor, da enfermeira orientadora e da professora orientadora; • Equipa de enfermagem jovem, dinâmica e interessada na atualização e consolidação de conhecimentos; • Área de interesse pessoal geradora de auto motivação; • Inexistência de um protocolo de atuação da VVS • O SUMC do CHUA ser um SU de nível 2; • Ausência de custos associados; • Temática pertinente relacionada com a segurança do doente e com a qualidade dos cuidados prestados e prevenção de complicações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem; • Elevadas taxas de ocupação; • Recursos humanos diminutos / sobrecarga de trabalho; • Risco de desmotivação da equipa de enfermagem pela fadiga pandémica e pela desvalorização profissional sentida; • Estrutura física do serviço; • Risco de resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa; • Opção VVS inativa no sistema informático Alert®.
OPORTUNIDADES (O)	AMEAÇAS (T)
<ul style="list-style-type: none"> • Dar resposta à Circular Normativa da DGS n.º 010/2016, para a implementação da VVS; • Adquirir, atualizar e/ou consolidar conhecimentos sobre a temática; • Desenvolver um protocolo de atuação, contribuindo para a uniformização de procedimentos de enfermagem; • Instituição envolvida em programas de melhoria continua; • Promover a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; • Implementar a ativação da VVS no sistema informático Alert®; • Contribuir para a redução das taxas de mortalidade, morbilidade e consequentemente dos custos em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação pandémica atual com planos de contingência em mudança constante; • Condições políticas atuais que podem comprometer a contratualização de recursos humanos; • Baixa adesão da equipa de enfermagem ao preenchimento dos questionários; • Recursos humanos diminutos e com excesso de carga horária face à conjuntura pandémica atual; • Tempo reduzido para realização e implementação do projeto.
FATORES EXTERNOS	

Fonte: Elaboração própria

No decurso do EF foi ainda aplicado um questionário á equipa de enfermagem do SUMC com o intuito de proceder à caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos participantes no estudo e ainda, de conhecer a opinião dos enfermeiros desta equipa quanto à pertinência da temática em estudo (Apêndice 3).

O questionário foi aplicado durante o mês de dezembro, a toda a equipa de enfermagem, por via

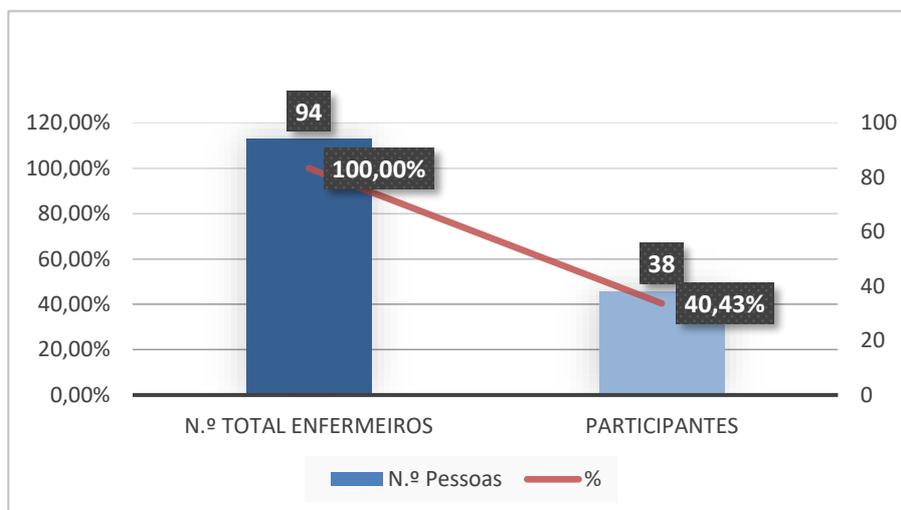
informática, através da partilha da hiperligação de acesso ao questionário na plataforma *Google Forms*[®], obtendo-se um total de 38 respostas.

Sendo que a participação no estudo é voluntária e requer o esclarecimento e consentimento por parte dos participantes, foi elaborado e entregue aos elementos da equipa de enfermagem, antes do preenchimento do instrumento de colheita de dados, um documento referente ao consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4). Os aspetos ético-legais decorrentes da investigação em enfermagem foram assegurados, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, através da codificação do instrumento de colheita de dados (questionário).

Após a recolha de dados, realizamos a extração e tratamento dos resultados através da análise estatística quantitativa, com recurso ao programa informático Microsoft Excel[®], que serão apresentados seguidamente.

Do total de 94 enfermeiros, obteve-se o consentimento de 40,43% (n=38) para a participação no estudo, constituindo-se esta percentagem como amostra efetiva (Gráfico 1).

Gráfico 1 – População total / população participante

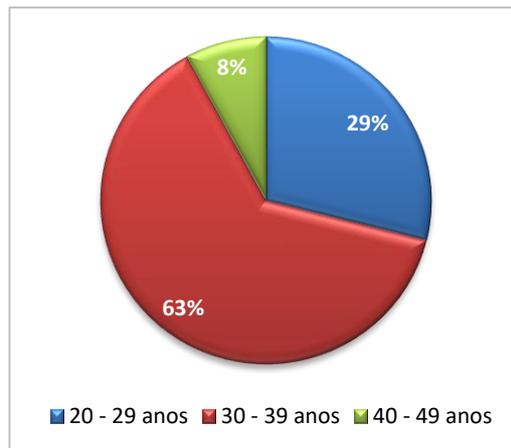


Fonte: Elaboração própria

A partir da amostra efetiva procedeu-se à sua caracterização, através da extração de dados referentes à componente sociodemográfica, académica e profissional.

Relativamente às faixas etárias podemos verificar que a maior percentagem 63,2% (n=24), se encontra na faixa etária dos 30 aos 39 anos e que a menor percentagem 7,9% (n=3), se situa da faixa etária dos 40 aos 49 anos, encontrando-se os restantes elementos na faixa etária dos 20 aos 29 anos, correspondendo a 28,9 % (n=11) e que a média de idades da amostra é de 32,7 anos (Gráfico 2).

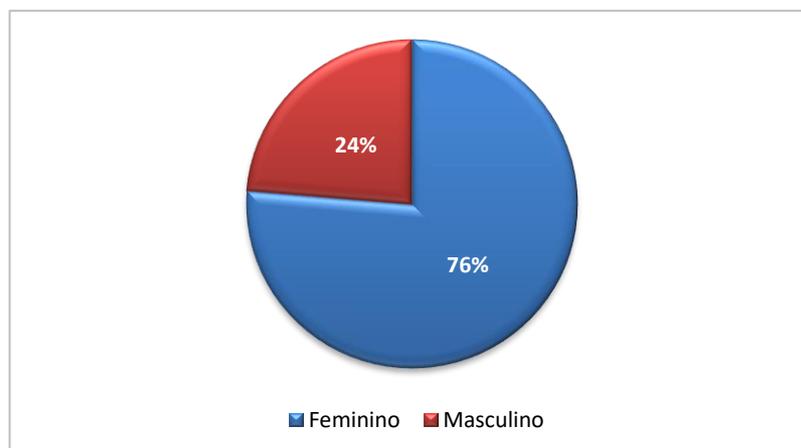
Gráfico 2– Caracterização da população participante por faixa etária (anos)



Fonte: Elaboração própria

Quando ao género, 76% (n=29) da amostra é do género feminino e 24% (n=9) é do género masculino (Gráfico 3).

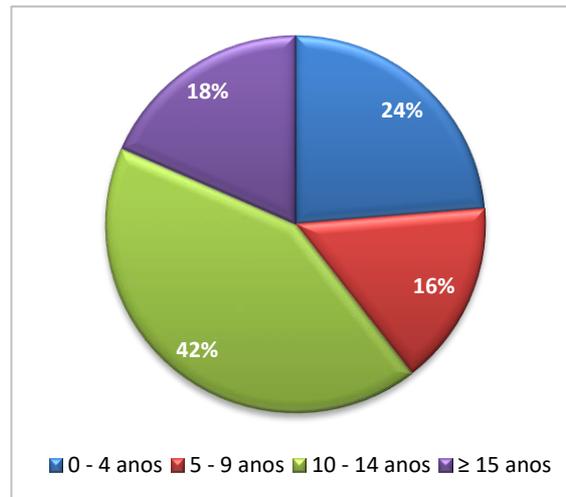
Gráfico 3 – Caracterização da população participante por género



Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional (Gráfico 4), podemos observar que 42,1% (n=16) apresenta experiência profissional compreendida entre 10 e 14 anos e que 18,4 % (n=7) da nossa amostra, tem experiência profissional \geq 15 anos contudo, existe ainda uma percentagem significativa de elementos com menor tempo de experiência profissional, 23,7% (n=9) com apenas 0 a 4 anos de experiência e 15,8% (n=6) com experiência entre 5 e 9 anos.

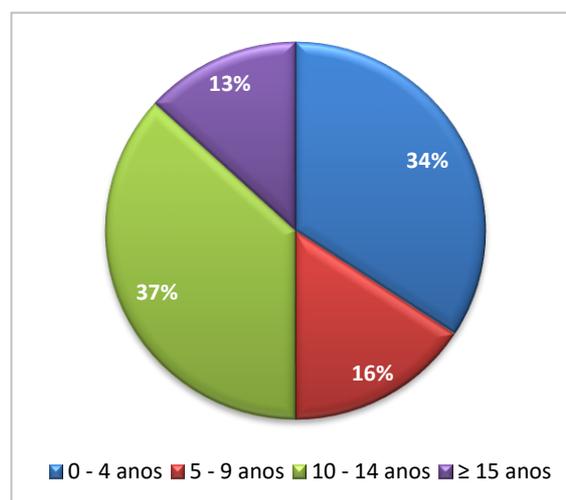
Gráfico 4- Caracterização da população participante por experiência profissional (anos)



Fonte: Elaboração própria

Fazendo uma análise ao tempo de experiência profissional no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico no SUMC, identificamos que 36,8% (n=14) dos profissionais têm 10 a 14 anos de experiência na prestação de cuidados neste contexto, contudo uma percentagem semelhante, 34,2% (n=13) tem apenas 0 a 4 anos de experiência neste contexto, que, de acordo com Benner (2001), significa que estes, estão ainda na fase inicial de aquisição e desenvolvimento de competências, sendo considerados “iniciados”. Com experiência profissional ≥ 15 anos, neste âmbito encontram-se 13,2% (n=5) e 15,8% (n=6) com experiência neste serviço compreendida entre 5 e 9 anos (Gráfico 5). Apesar da equipa ser relativamente jovem, tem também uma percentagem significativa de enfermeiros com experiência, o que de certo modo contribui para o equilíbrio da mesma e para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

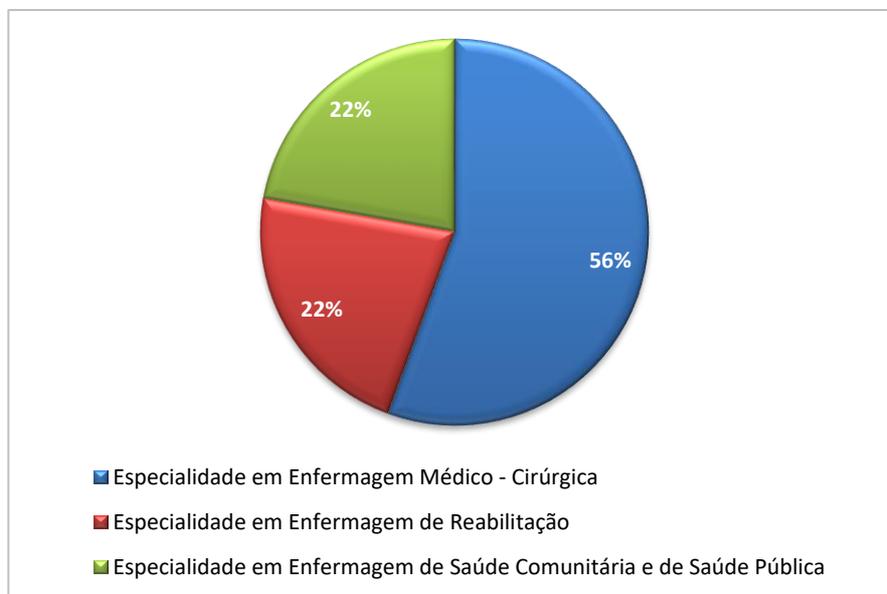
Gráfico 5 – Caracterização da população participante por experiência profissional no SUMC (anos)



Fonte: Elaboração própria

No que concerne às habilitações académicas verificamos que, a maior parte da amostra da equipa de enfermagem detém apenas o grau de Licenciatura, 50% (n=19) e que apenas 23,7 % (n=9) possui Especialidade, sendo que destes, 10,5% (n=4) têm Especialidade com Mestrado integrado. Para além disso, na amostra existe um total de 26,3 % (n=10) enfermeiros com Pós-Graduação. Quanto à área de especialização, dos 23,7% (n=9) enfermeiros que referiram ser detentores de Especialidade, 55,6% (n=5) possui Especialidade em EMC, 22,2% (n=2) tem Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e igual percentagem de enfermeiros (22,2%) tem Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Caracterização da população participante por área de especialização



Fonte: Elaboração própria

Apesar da Especialidade em EMC ser a que apresenta maior representatividade na amostra, sabemos que no número total de enfermeiros desta equipa, apenas 10,6% (n=10) têm Especialidade em EMC, não respeitando o disposto no regulamento da OE n.º 743/2019, que preconiza o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem na constituição das equipas, nos diferentes contextos clínicos, onde é recomendado que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos SU da Rede, “sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.” (OE, 2019a, p. 144).

De seguida, apresentamos os dados extraídos da segunda parte do questionário, referente à

validação da pertinência da problemática em estudo.

Quanto á primeira questão “Conhece a *Surviving Sepsis Campaign: Internacional Guidelines for management for sepsis and septic shock 2021?*” constatou-se que 68,4 % (n=26) dos inquiridos desconheciam estas *Guidelines* (Gráfico 7).

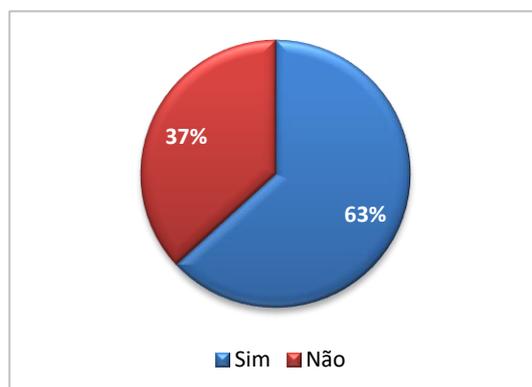
Gráfico 7 – Conhecimento da *Surviving Sepsis Campaign: Internacional Guidelines for management for sepsis and septic shock 2021*



Fonte: Elaboração própria

Já na segunda questão, quando questionamos “Conhece a norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, relativa à Via Verde Sepsis no Adulto?”, verificamos que os resultados foram melhores em que, 63,2% (n=24) referiu ter conhecimento da norma referida (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Conhecimento da norma da DGS nº 10/2016, relativa à VVS no Adulto



Fonte: Elaboração própria

Na terceira questão, ao inquirirmos a população participante no estudo sobre a realização de algum curso de formação sobre a VVS, focando o processo de triagem e de identificação de casos suspeitos de sépsis, apuramos que apenas 39,5% (n=15) dos enfermeiros tinha realizado formação nessa área (Gráfico 9). Este achado permitiu-nos constatar que esta área tinha importantes carências formativas, e que era fundamental intervir, de modo a capacitar a equipa de enfermagem para melhorar o atendimento ao doente com sépsis e/ou choque séptico.

Gráfico 9 – Formação em Via Verde Sépsis



Fonte: Elaboração própria

Quando dirigimos aos participantes questões específicas sobre a importância, pertinência e aplicabilidade do PIP, com vista à resolução da problemática identificada, as respostas foram sólidas e unânimes por parte de todos os elementos, como se pode ver na tabela 1.

Tabela 1 – Resultados obtidos das questões sobre a pertinência da temática em estudo

Questão	Resposta	
	Sim	Não
Considera importante a implementação da VVS no SUMC?	100%	0%
Considera importante a implementação de um protocolo de atuação da VVS para a uniformização da abordagem ao doente com suspeita de sépsis?	100%	0%
Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre aspetos relacionados com a VVS para que seja, mais facilmente possível a identificação precoce de casos suspeitos?	100%	0%
Considera que a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre a VVS irá permitir a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados?	100%	0%

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os resultados obtidos na segunda parte do questionário, quanto à validação da pertinência da temática em estudo, os resultados não deixam qualquer dúvida de que a população participante considera importante a elaboração de um protocolo de atuação da VVS e a sua respetiva implementação no SUMC e que isso irá proporcionar a uniformização e procedimentos e promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao doente com sépsis e/ou choque séptico.

Assim, apesar de esta ser uma área de interesse pessoal, também é uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do SUMC, o que se constitui como um ponto favorável ao desenvolvimento do PIP, pois não é possível fazer sobreviver uma organização, se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes e profissionais (Mezomo, 2001).

Em suma, face ao exposto anteriormente e após a análise dos resultados obtidos, através dos instrumentos de diagnóstico de situação, verificamos que, é imperiosa a necessidade de criar e implementar um protocolo da VVS que possibilite à Instituição de Saúde cumprir o disposto pela DGS e obter ganhos em saúde, promovendo desse modo a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

2.5.3. Definição de objetivos

A definição de objetivos corresponde à segunda etapa da Metodologia de Projeto. A determinação de objetivos é fulcral para a elaboração de projetos de ação, pois estes constituem-se como representações antecipadoras dos resultados que se pretendem alcançar, sendo importante defini-los de acordo com os diferentes níveis em que se enquadram, desde o geral ao mais específico (Ruivo et al., 2010).

Ao objetivo geral é atribuído um carácter mais vasto e complexo, e aos objetivos específicos o resultado de uma subdivisão do objetivo geral, com a aquisição de competências mais elementares. É de salientar que, a formulação dos mesmos deve ser baseada em rigor e exatidão, de modo a evitar problemas na etapa da avaliação pelo que, devem ser claros, concisos, realizáveis e mensuráveis (Ruivo et al., 2010).

Deste modo, atendendo ao descrito anteriormente e tendo em consideração os problemas e necessidades identificados na primeira etapa do projeto, definimos como objetivo geral:

- Contribuir para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC.

Quanto aos objetivos específicos, delineamos os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática;
- Construir uma proposta de um protocolo de atuação da VVS;

- Elaborar um póster com o protocolo de ativação da VVS;
- Elaborar uma folha de registos da ativação da VVS;
- Definir o circuito de atendimento do doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC;
- Criar um dossier temático sobre a VVS;
- Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a Sépsis e VVS e apresentar o protocolo criado e os seus instrumentos.

2.5.4. Planeamento e execução

Planear pode ter vários significados, segundo diferentes autores. Assim, para uns significa pensar no futuro, para outros controlar o futuro e para outros, tomar decisões (Craveiro & Ferrinho, 2001).

O planeamento é a terceira etapa da Metodologia de Projeto, onde se elabora um plano pormenorizado do projeto, com vista a atingir os objetivos fixados. Nesta etapa, faz-se a identificação dos recursos (humanos e materiais) a utilizar e das potenciais condicionantes à implementação do próprio projeto e, são igualmente definidas as atividades e as melhores estratégias a desenvolver, metodologias de pesquisa e elaborado o respetivo cronograma (Ruivo et al., 2010).

O planeamento é, assim, na sua essência, um modelo teórico para uma ação futura, de modo a transformar a realidade da forma mais eficiente (Tavares, 1990). Contudo um plano não se resume a um documento lógico e bem elaborado (Pineault e Daveluy, 1987). O planeamento implica ação (Tavares, 1990).

Para Pineault e Daveluy (1987), a execução é o final lógico do planeamento. Esta, embora não faça parte da etapa de planeamento, para que o seu sucesso seja garantido, deve ser pensada e prevista durante o planeamento.

Tendo em conta o exposto, verificamos que existe uma evidente relação entre as etapas de planeamento e execução, motivo pelo qual optámos por abordá-las em simultâneo.

A execução corresponde à quarta etapa da Metodologia de Projeto e consiste na implementação do projeto arquitetado, através da concretização das atividades e estratégias previamente delineadas, ou seja, nesta etapa é colocado em prática o que foi anteriormente planificado. É realizada uma colheita de dados que, posteriormente vai ser analisada com a intenção de resolver os problemas previamente identificados, podendo dizer-se que a investigação é transformada em ação (Ruivo et al., 2010).

Embora considerada exigente, esta etapa revela-se extraordinariamente gratificante e proveitosa

para os participantes, na medida em que proporciona a aquisição e desenvolvimento das competências desejadas (Ruivo et al., 2010).

Fazendo uma analogia entre as etapas da Metodologia de Projeto supracitadas e o modelo teórico abordado no presente relatório, constatou-se que as mesmas vão ao encontro da segunda, terceira e quarta etapas do MMPBE de Larrabee, onde se procede à pesquisa da evidência científica e se faz posteriormente uma análise crítica e síntese dessa informação e se define a proposta de mudança da prática clínica, identificando os recursos necessários e planeando as estratégias para a implementação do projeto e sua avaliação (Larrabee, 2011).

Posto isto, de modo a traçar o melhor percurso para alcançar os objetivos do EF, numa fase inicial foi elaborado um PE, onde foram delineadas atividades a desenvolver, com vista à aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do EE na área de especialização em EMC – PSC e das competências de mestre. Posteriormente, foi desenvolvida a proposta do PIP (Apêndice 1), para implementar no serviço onde decorreu o estágio, que obteve a validação dos diretores clínicos do SUMC e do SMI, do enfermeiro gestor, da enfermeira supervisora e da docente orientadora. Na proposta do PIP encontra-se o cronograma de atividades (Apêndice 1, pp.7-8) a desenvolver, num período de tempo definido, que precisou de sofrer pequenos reajustes ao longo do estágio, conforme as necessidades sentidas e dificuldades encontradas.

Com o objetivo de cumprir os pressupostos institucionais e legais inerentes ao processo de investigação, a proposta do PIP foi submetida ao CFIC da instituição hospitalar (Anexo 1), tendo recebido parecer positivo por parte deste centro, para a realização do projeto (Anexo 2).

A proposta de projeto foi igualmente submetida à UE, através do Modelo T-005 (Anexo 3) e também foi realizado um pedido de parecer à sua comissão de ética, através do Modelo T-013 (Anexo 4). Em ambos obtivemos parecer favorável.

As estratégias constituem uma planificação fundamental e pretendem que se faça uma utilização e articulação eficaz dos recursos disponíveis, por forma a concretizar o projeto delineado (Ruivo et al. 2010). Neste sentido, para cada objetivo específico foram estabelecidas atividades e estratégias, bem como os recursos a utilizar e indicadores de avaliação, com vista à materialização desses objetivos e com a finalidade de concretizar o objetivo geral.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração de pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, em bases de dados científicas;

- Realização de uma Revisão *Scoping* (Apêndice 2), para identificar a ferramenta de triagem mais sensível para o diagnóstico precoce de sépsis.

Recursos humanos: enfermeira supervisora e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, internet, bases de dados científicas e bibliografia selecionada.

Indicador de avaliação: Realização de toda a pesquisa bibliográfica, necessária sobre a temática para fundamentar o desenvolvimento do PIP e elaboração de uma Revisão *Scoping*.

De acordo com Larrabee (2001) um bom uso de pesquisas para melhorar a prática clínica, em conjunto com processos específicos permitem transformar o conhecimento em atividades práticas, contribuindo desse modo para a mudança da prática clínica. Assim, após análise detalhada da problemática em estudo e consulta de normas, protocolos de atuação, artigos científicos recentes e *guidelines* internacionais, consideramos prioritário elaborar um estudo de investigação que sustentasse a escolha da ferramenta de triagem para a sépsis, a utilizar no protocolo de atuação da VVS.

Nesse sentido, foi elaborada uma revisão *scoping* que teve como objetivo identificar qual a ferramenta de triagem mais sensível para o diagnóstico precoce de sépsis, nas pessoas adultas que recorrem aos SU, avaliando-se o seu poder preditivo no diagnóstico precoce de sépsis em ambiente de triagem. Através de uma revisão *scoping* é possível extrair a essência de um vasto conjunto de evidências, dando-lhe sentido e significado (Davis et al., 2009).

As conclusões do estudo realizado foram ao encontro das *guidelines* divulgadas pela SSC, confirmando a evidência crescente, de que o NEWS é uma ferramenta de triagem sensível e que, em comparação com as outras ferramentas de triagem mostrou uma maior sensibilidade para identificar casos de sépsis, no departamento de emergência, em ambiente de triagem.

Posto isto, a ferramenta de triagem selecionada para a elaboração do protocolo de atuação VVS foi o NEWS. Este sistema de alerta precoce é validado como indicador de risco de deterioração clínica e mortalidade, com alto desempenho e facilmente calculável no momento da triagem, não dependendo de resultados laboratoriais (Almutary et al., 2020 & Usman al., 2019). Esta escolha foi, portanto, sustentada e apoiada pelo estudo desenvolvido, considerando-se que o mesmo foi um pilar para a construção do protocolo de atuação da VVS.

Objetivo específico 2: Construir uma proposta de um protocolo de atuação da VVS

Objetivo específico 3: Elaborar um póster com o protocolo de ativação da VVS

Objetivo específico 4: Elaborar uma folha de registos da ativação da VVS

Objetivo específico 5: Definir o circuito de atendimento do doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC

Os objetivos específicos 2, 3, 4 e 5 são apresentados em conjunto uma vez que, as atividades e estratégias planeadas foram realizadas em simultâneo e a sua materialização se encontra agregada num único documento.

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de grupo de trabalho composto pelos diretores clínicos do SUMC e do SMI, pelo enfermeiro gestor do SUMC, pelo enfermeiro supervisor do departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos e pela enfermeira supervisora;
- Reunião com os elementos do grupo de trabalho para discussão de assuntos relevantes e necessários para agilizar a criação do protocolo de atuação da VVS;
- Consulta de normas, protocolos de atuação, artigos relevantes, *bundles* e *guidelines* sobre a temática em estudo;
- Definição do circuito de encaminhamento do doente identificado na triagem, como caso suspeito ou confirmado de sépsis;
- Criação de uma proposta de protocolo de atuação da VVS;
- Elaboração de um póster de consulta rápida, com o Protocolo de Ativação da VVS, que fique disponível na sala de triagem, SE, área de pré-atendimento e área de Decisão Clínica (Apêndice 5);
- Produção do QR Code[®] do respetivo póster de consulta rápida (Apêndice 5);
- Elaboração de uma folha de registos da ativação da VVS (Apêndice 6);
- Discussão da proposta de protocolo da VVS com o grupo de trabalho e com a docente orientadora;
- Revisão da proposta de protocolo de atuação da VVS, de acordo com as recomendações do grupo de trabalho e da docente orientadora;
- Reunião informal com os técnicos informáticos responsáveis pelo programa de registos informatizados Alert[®], para averiguar a possível ativação e parametrização da VVS, neste sistema informático;
- Redação da proposta final de protocolo de atuação da VVS (Apêndice 7);

- Submissão da proposta final de protocolo de atuação da VVS para aprovação, por parte do CA do CH.

Recursos humanos: diretores clínicos do SUMC e do SMI, enfermeiro gestor do SUMC, enfermeiro supervisor do departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, enfermeira supervisora e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, impressora, internet, bibliografia diversa (normas, protocolos de atuação, *bundles*, *guidelines*).

Indicador de avaliação: Apresentação da proposta final de protocolo de atuação da VVS e seus respetivos instrumentos, previamente validada por todos os elementos do grupo de trabalho e docente orientadora.

Com o objetivo de facilitar a adesão e a implementação do projeto, consideramos fundamental a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar, pois tal como refere Larrabee (2011) “O sucesso do projeto depende, em parte, de haver representação de todos os *stakeholders* da prática” (p. 51). O protocolo de atuação proposto envolve a participação de médicos e de enfermeiros, pelo que o grupo de trabalho foi constituído por elementos destes dois grupos profissionais, fomentando o trabalho de equipa. Seguiram-se reuniões com estes profissionais onde foram expostos os objetivos do projeto e definidas as estratégias para a implementação do mesmo. De igual modo, foi discutido e definido em equipa, o circuito de atendimento do doente identificado como caso suspeito VVS, bem como os critérios de ativação e/ou desativação desta via verde.

A publicação das novas diretrizes internacionais para o tratamento da sépsis e do choque séptico surgiu em outubro de 2021, coincidindo com a fase inicial do EF. Este facto constitui-se como um enorme desafio visto que, não existia até à data, nenhum protocolo elaborado à luz dessas diretrizes, encontrando-se deste modo, a norma da DGS referente à VVS, desatualizada. Assim, houve a necessidade de elaborar uma revisão *scoping* para identificar qual a melhor ferramenta de triagem para identificar precocemente casos de sépsis, bem como realizar uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada para reunir as melhores evidências e para fundamentar toda a construção do protocolo de atuação da VVS, o que vai de encontro às etapas 2 e 3 do MMPBE de Larrabee. De acordo com a pesquisa, seleção e inclusão da evidência científica disponível, foi construída uma proposta inicial do protocolo que, foi apresentada e revista por todos os elementos do grupo de trabalho e que, após algumas sugestões de melhoria e pequenas correções, deu origem à proposta final, da qual fazem

parte, o algoritmo do protocolo de ativação da VVS, bem como a respetiva folha de registos.

Foi ainda solicitada uma reunião informal com os técnicos de informática, com o objetivo de averiguar a possibilidade de introduzir e parametrizar o protocolo de atuação da VVS no sistema de registos informáticos Alert[®], constatando-se que haverá essa possibilidade, depois da aprovação do protocolo, por parte do CA.

Para facilitar a consulta do protocolo de atuação da VVS, foi criado um póster com o seu algoritmo de ativação (Apêndice 5), que foi impresso e plastificado, em material passível de ser desinfetado, para que possa ser utilizado como apoio, durante a prestação de cuidados. Este documento ficou disponível na sala de triagem, SE, área de pré-atendimento e área de Decisão Clínica. Foi ainda produzido um QR Code[®] do respetivo póster (Apêndice 5), para facilitar a sua consulta em qualquer momento, pelos elementos da equipa.

Objetivo específico 6: Criar um dossier temático sobre a VVS

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração de pesquisa bibliográfica relevante sobre a temática em estudo, em bases de dados científicas;
- Seleção dos documentos a incluir no dossier temático sobre a VVS;
- Impressão dos documentos selecionados (norma da DGS n.º 010/2016, *International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021*, resumo das *guidelines*, protocolo final de atuação da VVS e seus respetivos instrumentos);
- Organização dos documentos selecionados no dossier;
- Criação de arquivo digital (pasta partilhada) em todos os computadores do SUMC, com todo o conteúdo do dossier da VVS e ainda com a formação realizada nesse âmbito.

Recursos humanos: enfermeira supervisora, enfermeiro gestor e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, impressora, papel, dossier, separadores, internet, bibliografia diversa (normas e *guidelines*) e protocolo de atuação da VVS.

Indicador de avaliação: entrega do dossier temático sobre a VVS (Apêndice 8) no final do EF, à enfermeira supervisora e ao enfermeiro gestor e divulgação da sua existência, para que este fique acessível a todos os elementos da equipa do SUMC.

Após a construção da proposta final do protocolo de atuação da VVS, consideramos pertinente a criação de um dossier onde constassem os documentos mais relevantes sobre a temática. Assim, realizamos uma seleção cuidadosa dos documentos relativos à sépsis e VVS (norma da DGS n.º 010/2016, *International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021*, resumo das *guidelines*, protocolo final de atuação da VVS e seus respetivos instrumentos) e organizamos um dossier temático (Apêndice 8), que ficou disponível para consulta no SUMC.

De modo a facilitar a consulta de todos os documentos selecionados foi ainda, criado um arquivo digital (pasta partilhada) em todos os computadores do SUMC, com todo o conteúdo do dossier da VVS e ainda com a formação realizada nesse âmbito

Foi dada também indicação, a toda a equipa, de que a folha de registos da ativação da VVS preenchida, deve ser arquivada no dossier VVS, para que posteriormente possam ser realizadas auditorias.

Objetivo específico 7: Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a Sépsis e VVS e apresentar o protocolo criado e os seus instrumentos

Atividades e estratégias planeadas:

- Planeamento da sessão formativa, na qual serão divulgados os instrumentos criados no PIP;
- Elaboração do plano da sessão formativa (Apêndice 9);
- Elaboração da apresentação de suporte para a sessão formativa (Apêndice 10);
- Agendamento da sessão formativa com a enfermeira supervisora, com o enfermeiro responsável pela formação em serviço e com a docente orientadora;
- Reserva do auditório do CH, onde decorreu a sessão formativa;
- Divulgação da calendarização da sessão formativa por toda a equipa de enfermagem, através de um cartaz informativo (Apêndice 11) afixado no SUMC e também através de correio eletrónico e da rede social WhatsApp;
- Apresentação da sessão formativa à equipa de enfermagem, presencialmente e via online, através da aplicação Teams;
- Criação de um questionário de avaliação da sessão formativa (Apêndice 12);
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão formativa;
- Gravação da sessão formativa e partilha da mesma, por toda a equipa de enfermagem, através de correio eletrónico.

Recursos humanos: enfermeira supervisora, enfermeiro responsável pela formação em serviço no

SUMC, equipa de enfermagem e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos: computador, internet, videoprojector, bibliografia diversa e auditório do CH.

Indicador de avaliação: apresentação da sessão formativa e análise dos resultados obtidos através da aplicação posterior do questionário de avaliação da mesma.

De modo a apresentar à equipa de enfermagem a proposta do protocolo da VVS criado, assim como os instrumentos a implementar, foi planeada uma sessão formativa. Nesse sentido, foi elaborado o plano da respetiva sessão, onde foram definidos os objetivos da mesma e onde constam os conteúdos programáticos, metodologias/técnicas pedagógicas utilizadas, recursos técnico-pedagógicos necessários e o tempo previsto para a duração de cada fase da sessão.

A sessão formativa foi agendada para a fase final do estágio, conforme o planeado no cronograma de atividades e teve a concordância da enfermeira supervisora, do enfermeiro responsável pela formação em serviço e da docente orientadora. A sua divulgação foi feita a toda a equipa de enfermagem, através de um cartaz informativo afixado no SUMC (Apêndice 11) e também contou com a colaboração do enfermeiro responsável da formação do serviço, que fez a divulgação da sessão formativa a todos os elementos da equipa de enfermagem, através de correio eletrónico e da rede social WhatsApp.

A sessão formativa presencial teve lugar no auditório do CH e ao mesmo tempo, foi realizada na modalidade online, através da aplicação Teams, de modo a obter uma maior adesão na participação. Esta sessão foi apresentada em diapositivos, com recurso ao programa Microsoft PowerPoint® e teve como objetivo principal sensibilizar os enfermeiros do SUMC para a importância da identificação precoce de casos de sepsis e apresentar o protocolo de atuação da VVS a implementar.

Durante a sessão formativa assegurou-se que os formandos ficaram bem esclarecidos sobre como implementar na prática o protocolo de atuação da VVS.

Com o objetivo de dar oportunidade a todos os elementos da equipa de enfermagem de assistirem à sessão formativa, em qualquer altura e em qualquer lugar, de acordo com a sua disponibilidade individual, foi produzida uma gravação da mesma e feita a sua partilha com toda a equipa, através de correio eletrónico. A mesma foi ainda, disponibilizada em arquivo digital (pasta partilhada), em todos os computadores do SUMC.

No final da sessão, como instrumento avaliativo da mesma, foi dirigido um questionário à plateia (presencial e online), através da plataforma *Google Forms*®. Este questionário objetivou a avaliação da

sessão de formação, em vários níveis (conteúdos programáticos, organização, qualidade do material e meios pedagógicos) e a formadora, quanto ao seu desempenho.

2.5.5. Avaliação e divulgação de resultados

Uma das características da Metodologia de Projeto é que, a avaliação é contínua permitindo a redefinição de objetivos, bem como de atividades e estratégias a desenvolver, com vista à concretização do projeto. Este é considerado um método de avaliação complexo, que envolve análise e reflexão. Neste tipo de metodologia, o processo (caminho percorrido) é tão importante quanto o produto final (Ruivo et al., 2010).

A avaliação deve ser um processo dinâmico e rigoroso, implicando a comparação entre os objetivos fixados inicialmente e os objetivos alcançados. Assim, no final, a avaliação do projeto deve implicar a verificação da concretização dos objetivos que foram inicialmente estabelecidos e caso esta não se verifique, devem ser identificados quais os fatores influenciadores e quais as consequências disso. Posteriormente, devem ser definidas novas estratégias que promovam a sua consecução (Ruivo et al., 2010).

Fazendo uma ligação ao MMPBE de Larrabee, podemos constatar que esta etapa da metodologia de projeto se enquadra na quinta etapa do modelo teórico referido, onde é feita a avaliação do processo, dos resultados e dos custos, com vista ao desenvolvimento de conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

Exposto isto, de seguida procedemos à avaliação dos objetivos explanados anteriormente, através dos indicadores de avaliação pré-estabelecidos para cada objetivo, com análise e reflexão das atividades e estratégias previamente planeadas.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática

Indicador de avaliação: Realização de toda a pesquisa bibliográfica, necessária sobre a temática para fundamentar o desenvolvimento do PIP e elaboração de uma Revisão *Scoping*.

De modo a sustentarmos toda a elaboração do PIP e respetiva construção do protocolo de atuação VVS, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre a temática e feita uma seleção criteriosa da informação recolhida.

Para fundamentarmos a escolha da ferramenta de triagem de diagnóstico precoce de sépsis, a utilizar no protocolo de atuação da VVS realizamos uma revisão *scoping*. Este tipo de estudo permite mapear áreas de investigação onde é difícil visualizar o conjunto de informação que pode estar disponível e tem a vantagem de possibilitar a utilização de um vasto leque de estudos existentes na literatura, com diferentes desenhos e tipologias (Apóstolo, 2017).

As atividades e estratégias planeadas para a realização da revisão *scoping* foram baseadas na metodologia do protocolo do Instituto Joanna Briggs, com a finalidade a garantir o seu rigor científico (Aromataris & Munn, 2020) e esta desenvolveu-se com sucesso em sete fases, nomeadamente: identificação da problemática e formulação da pergunta de investigação de acordo com a metodologia PCC, identificação da estratégia de pesquisa, definição clara dos critérios de inclusão e exclusão, seleção de estudos, apresentação de resultados, discussão e conclusão.

É de salientar que, consideramos que este objetivo foi alcançado com sucesso, tendo sido construído um protocolo à luz da melhor e mais recente evidência científica. Da mesma forma, foi produzido e entregue à docente orientadora, a revisão *scoping*. A produção da mesma foi fulcral para o desenvolvimento do PIP, na medida em que, serviu de alicerce para a construção do protocolo de atuação da VVS.

O resumo da revisão *scoping* encontra-se no Apêndice 2.

Objetivo específico 2: Construir uma proposta de um protocolo de atuação da VVS

Objetivo específico 3: Elaborar um póster com o protocolo de ativação da VVS

Objetivo específico 4: Elaborar uma folha de registos da ativação da VVS

Objetivo específico 5: Definir o circuito de atendimento do doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC

Indicador de avaliação: Apresentação da proposta final de protocolo de atuação da VVS e seus respetivos instrumentos, previamente validada por todos os elementos do grupo de trabalho e docente orientadora.

As atividades e estratégias previamente delineadas permitiram a construção, em tempo útil da proposta de protocolo da VVS, bem como dos seus instrumentos. O seu resultado final careceu da revisão e aprovação por parte de todos os elementos do grupo de trabalho, o que tornou a sua finalização demorada. Apesar deste protocolo ainda não se encontrar formalmente aprovado pelo CA do CH, o mesmo foi apresentado à equipa de enfermagem do SUMC em sessão de formação e colocado em prática. De acordo com informação da enfermeira supervisora, esta via verde já foi ativada com

sucesso.

A entrega da proposta final do protocolo ao CA para sua aprovação e posterior implementação ficou sob a responsabilidade do enfermeiro gestor do serviço e da enfermeira supervisora, decorrendo depois do término do estágio.

Espera-se que após aprovação formal do protocolo de atuação, a VVS seja efetivamente implementada no SUMC e que, de acordo com o recomendado no documento elaborado, seja criada uma equipa VVS e que seja nomeado um coordenador local da VVS, sendo o mesmo responsável pelas auditorias previstas e pela articulação com o coordenador Nacional da VVS. É de salientar que a respetiva equipa VVS, deve ter na sua constituição um EE em EMC – PSC (DGS, 2017a).

Da mesma forma, também acreditamos que depois desta via verde se encontrar implementada, será possível introduzir o protocolo VVS e parametrizá-lo, no sistema de registos informáticos Alert[®], para que esta via verde possa ser mais facilmente ativada e que, desta forma os registos fiquem disponíveis para todos os profissionais de saúde. A informatização desta via verde será uma mais-valia, facilitando também os processos de auditorias e o tratamento estatístico dos dados relativos à ativação da VVS, necessários à elaboração de um relatório periódico, relativo a esta via verde, proposto pela DGS (2010).

Face ao exposto, constatamos que atingimos na plenitude o objetivo proposto e que a sua concretização permitirá que a instituição cumpra o disposto na Norma da DGS n.º 010/2016, proporcionando desse modo, um incremento na segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O protocolo de atuação da VVS, com os seus respetivos instrumentos encontram-se no Apêndice 7.

Objetivo específico 6: Criar um dossier temático sobre a VVS

Indicador de avaliação: entrega do dossier temático sobre a VVS (Apêndice 8) no final do EF, à enfermeira supervisora e ao enfermeiro gestor e divulgação da sua existência, para que este fique acessível a todos os elementos da equipa do SUMC.

A concretização deste projeto baseou-se na melhor evidência científica, respeitando o disposto na norma da DGS n.º 010/2016 e nas novas *guidelines* para o tratamento da sepsis e choque séptico. Assim, consideramos relevante a organização de um dossier temático que compilasse a informação mais importante e que, o mesmo servisse para arquivar as folhas preenchidas de registo da ativação da VVS. Este foi também disponibilizado em formato eletrónico, em pasta partilhada, nos

computadores do SUMC, ficando acessível a toda a equipa.

Deste modo, consideramos ter atingido claramente este objetivo.

Objetivo específico 7: Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a Sépsis e VVS e apresentar o protocolo criado e os seus instrumentos

Indicador de avaliação: apresentação da sessão formativa e análise dos resultados obtidos através da aplicação posterior do questionário de avaliação da mesma.

Sabe-se que a formação específica e treino dos profissionais é fulcral no âmbito dos cuidados à PSC, como é o caso de uma pessoa com sépsis, assim, após a finalização do protocolo de atuação da VVS, planeamos e elaboramos uma sessão formativa, com o objetivo de apresentar o trabalho desenvolvido e de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática estudada. O conteúdo da sessão foi discutido com a enfermeira supervisora e aprovado pela mesma.

O agendamento da sessão não interferiu com o plano anual de formação do SUMC e a sua apresentação decorreu no período final do estágio, respeitando o cronograma de atividades. A sua divulgação foi feita através de vários meios, de modo a contemplar toda a equipa.

Com o objetivo de abranger um maior número de formandos, a sessão formativa foi realizada em formato presencial e online, contudo, tendo em conta o número total de elementos da equipa, consideramos que o número total de formandos foi reduzido. Assistiram à formação 28 elementos (5 presencialmente e 23 em modo online), o que corresponde a uma taxa de adesão de 29,8%. De acordo com informação do enfermeiro responsável pela formação em serviço, esta taxa de adesão é semelhante à média anual da taxa de adesão às formações em serviço daquele SU, que é de aproximadamente de 35%, o que nos permite concluir que não existiu uma disparidade significativa. Constatamos junto da equipa que esta baixa adesão se encontra relacionada com múltiplos fatores, nomeadamente com a desmotivação e a desacreditação na progressão na carreira profissional, bem como com a exaustão dos profissionais pelo número de horas extraordinárias que fazem, juntando-se ainda a estes fatores, aspetos relacionados com a situação pandémica, que já se prolonga há 2 anos.

Tendo em conta a baixa taxa de adesão, foi produzida uma gravação da sessão formativa que foi disponibilizada em suporte digital a todos os elementos da equipa de enfermagem. Consideramos que esta gravação será muito útil para o futuro, aquando da implementação efetiva da VVS no SUMC, em que, para o sucesso de todo o processo é fundamental, que todos os elementos da equipa de enfermagem tenham conhecimentos sólidos sobre a operacionalização do protocolo de atuação da VVS. Nesse sentido, mostramos a nossa inteira disponibilidade para continuar a colaborar no processo

formativo da equipa, em caso de necessidade.

No final da sessão formativa, foi solicitado aos formandos o preenchimento de um pequeno questionário, através da plataforma *Google Forms*[®] para avaliar a sua satisfação. É de salientar que dos 28 formandos, apenas 20 responderam ao questionário, verificando-se uma satisfação global por parte dos mesmos, como é possível observar na tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação da sessão de formação/satisfação dos formandos

NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
O FORMADOR					
Domínio dos conteúdos programáticos e técnicas				5%	95%
Linguagem clara e objetiva				15%	85%
Capacidade para esclarecer dúvidas			5%	15%	80%
Relacionamento com os formandos				5%	95%
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS					
Pertinência do tema					100%
Objetivos identificados de forma clara				5%	95%
Tema abordado face às expectativas				10%	90%
Aplicabilidade da formação para a atividade profissional					100%
Duração da sessão				30%	70%
QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS					
Recursos didáticos utilizados				15%	85%
Métodos pedagógicos selecionados				15%	85%
Instalações (conforto, acesso, iluminação)				20%	80%
ORGANIZAÇÃO					
Divulgação da formação				15%	85%
Cumprimento do horário previsto			10%	45%	45%
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas				25%	75%
Organização da sessão eficiente			5%	15%	80%
APRECIÇÃO GLOBAL					
				5%	95%

Fonte: Elaboração própria

É de salientar ainda que, nas respostas aos questionários constavam os seguintes comentários: “Muitos parabéns e obrigada por melhorares os cuidados prestados na nossa instituição!”; “Estás de parabéns! Um tema de extra importância que já se encontra em funcionamento! Contribui para uma atuação rápida em situações de sepsis otimizando o tempo de atuação.”

A satisfação dos formandos retrata a pertinência da temática e dos conteúdos abordados na sessão

formativa. Assim, tendo em conta os resultados obtidos, consideramos que as atividades e estratégias planeadas foram apropriadas e possibilitaram a concretização deste objetivo com sucesso.

A divulgação dos resultados faz parte do desenvolvimento de um projeto e constitui-se como uma fase importante após a implementação do mesmo. É nesta fase que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades, a pertinência do projeto, o percurso feito para a resolução do problema e os resultados obtidos, possibilitando assim que os utentes tomem conhecimento do empenho da instituição na melhoria dos cuidados, ao mesmo tempo que fomenta a prática baseada na evidência, servindo de exemplo a outras instituições. (Ruivo et al., 2010).

Na área da saúde esta fase também é considerada uma forma de sensibilizar os profissionais para a problemática que estava em causa e definir estratégias para anular ou minimizar esse problema, assumindo um papel crucial para o desenvolvimento dos profissionais, com conseqüente melhoria dos cuidados de saúde (Ruivo et al., 2010).

A materialização do PIP foi alcançada através da criação de uma proposta de protocolo de atuação da VVS e seus instrumentos. O resultado do PIP foi apresentado à equipa do SUMC numa sessão formativa e a ainda por via informática, através da partilha do protocolo em suporte digital.

É de salientar ainda que, a elaboração do presente relatório, a sua posterior discussão pública e publicação em repositório científico universitário, permitirá apresentar todo o processo de desenvolvimento do projeto e os seus resultados. Este relatório é, portanto, considerado um relevante meio de transmissão de informação e de difusão de conhecimentos sobre a temática estudada, demonstrando a importância da PBE.

No que respeita a divulgação dos resultados da implementação do projeto para a prática de enfermagem, não nos é possível divulgar quais queres resultados uma vez que, a implementação da VVS aguarda aprovação por parte do CA do CH. No entanto, para que seja possível avaliar a implementação do protocolo de atuação criado foram construídos indicadores de avaliação (Apêndice 7, p.11) que devem ser aplicados posteriormente, aquando da implementação efetiva desta via verde, sugerindo-se a realização de auditorias internas trimestralmente, com o objetivo de averiguar a operacionalidade do seu funcionamento. Este pressuposto vai ao encontro da sexta etapa do MMPBE, onde é referida a necessidade de monitorizar os indicadores de processo e de resultados periodicamente e por fim divulgar os resultados do projeto de mudança (Larrabee, 2011).

Face ao exposto, consideramos que todas as atividades e estratégias planeadas foram desenvolvidas e permitiram o alcance do objetivo geral definido.

Importa ainda referir que, destacamos como limitação, o período de tempo reduzido para o desenvolvimento e implementação do PIP, não sendo possível, por esse motivo testar a fiabilidade e

aplicabilidade de nenhum dos instrumentos criados.

Assim, esperamos que seja dada continuidade a este projeto e que, posteriormente tenhamos conhecimentos dos resultados da sua implementação, através da divulgação de resultados relativos às auditorias internas, realizadas para monitorizar e avaliar o cumprimento do protocolo de atuação da VVS.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O saber profissional em enfermagem emerge de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, centrada nas pessoas e nas suas necessidades. A conexão entre os saberes e a construção de competências desenvolve-se a partir do conhecimento em enfermagem, sustentado, de acordo com Carper (1978) em quatro dimensões de conhecimento: o empírico, o ético, o estético e o pessoal. Posteriormente, foram adicionados mais dois tipos ao conhecimento em enfermagem, o sociopolítico e o reflexivo (Nunes, 2010).

Nos dias de hoje, o termo competência é vulgarmente aplicado em diversas áreas de trabalho e geralmente surge associado à eficiência. Este não é um termo novo, já que a sua existência remonta ao início do século passado. Este conceito não é unânime e tem múltiplas abordagens, sendo definido de diferentes modos, por diversos autores, de acordo com o contexto a que se remete e onde se espera do profissional uma resposta eficiente perante situações complexas, sabendo analisar, priorizar e tomar decisões de modo responsável (Ceitil, 2007).

Segundo Nunes (2010, p.8) “o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa”.

A OE define o conceito de competência como “(...) os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (OE, 2019b, p. 4745).

Atualmente, os cuidados em saúde e, nomeadamente os cuidados de enfermagem assumem uma relevância cada vez maior, com uma crescente exigência técnica e científica, sendo assim, a necessidade da diferenciação e especialização uma realidade sentida pelos profissionais de saúde (OE, 2019b).

Para a atribuição do título de EE, a OE (2019b, p.4744) “(...) pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)”, sendo o EE “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)” na sua área de especialização (OE, 2019b, p.4744).

O presente Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC – PSC, prevê a aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de Mestre. Estas competências são regidas pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (OE, 2019b), Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (OE, 2018a) e pelo disposto no Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, em documento

apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

De acordo com o documento supracitado, o grau de mestre é conferido a quem:

1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

A prática reflexiva visa promover a capacidade crítica do profissional. Esta envolve um processo de avaliação crítica das necessidades de aprendizagem, compreensão das atitudes, crenças e valores dos profissionais, integrando a aprendizagem e o conhecimento prático na praxis clínica (Gates & Sendiack, 2016 & Guy et al., 2020).

É amplamente aceite que, os desafios para a profissão de enfermagem exigem respostas que devem considerar os processos reflexivos e a mudança das práticas. A importância subjacente aos processos reflexivos em enfermagem foi desenvolvida pela primeira vez por Florence Nightingale e tem apresentado maior destaque nas últimas décadas (Pires et al., 2021).

Segundo Benner (2001), a prática clínica e a sua análise reflexiva são os pilares para o desenvolvimento de conhecimentos e competências do enfermeiro, sendo que o desenvolvimento de competências resultará portando, da associação entre os conhecimentos teóricos e os saberes práticos. Pires et al. (2021) vai ao encontro de Benner, mencionando que a análise crítico-reflexiva das práticas é fundamental para estimular o conhecimento, o pensamento crítico e a tomada de decisão, considerando assim, que a reflexão é determinante para processo de desenvolvimento de competências.

Durante o EF foi elaborado um PE e um PIP (Apêndice 1), onde foram delineados objetivos a atingir e planeadas estratégias e atividades a desenvolver, com vista à aquisição, desenvolvimento e

consolidação das competências já referidas. Estes documentos revestiram-se de enorme relevância, na medida em que serviram como guia orientador de todo o percurso.

Face ao exposto, neste último capítulo pretendemos fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso formativo, tendo por base os regulamentos supramencionados, e dando especial enfoque ao EF, que se revelou de extrema importância no processo de desenvolvimento e aquisição de competências. Será ainda, feita a interligação deste processo, com a experiência profissional existente, de 13 anos, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, que permitiu a obtenção de creditação à UC Estágio em Enfermagem à PSC, através do reconhecimento e validação de competências.

Sendo que as competências de Mestre em Enfermagem se correlacionam com as competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC, decidimos abordá-las em conjunto, sempre que se justifique.

3.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Competências De Mestre Em Enfermagem

A OE (2019b) define competências comuns como:

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

As competências comuns são transversais a todos os EE, sendo competências aplicáveis a todos os contextos da prestação de cuidados de enfermagem. Estas visam melhorar continuamente a prática em enfermagem e encontram-se divididas em quatro domínios de competência: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

Ao longo do EF foram estabelecidas estratégias e desenvolvidas atividades previamente planeadas que, proporcionaram o desenvolvimento das competências comuns que, iremos agora descrever por domínios de competência.

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 em Enfermagem

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

A OE (2015b) refere que “A Enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda através da interseção de várias áreas do saber como a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão” (p.11).

A Enfermagem, como profissão, tem a sua prática norteada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] e Código Deontológico do Enfermeiro, onde se encontram explanados os deveres profissionais e as respetivas responsabilidades, tendo em consideração os direitos dos cidadãos e comunidades.

Assim, no decurso do EF, de modo a desenvolver as competências acima referidas, considerámos fundamental proceder à revisão e análise dos vários documentos do foro ético e deontológico, que regulamentam a profissão de Enfermagem e de outros documentos relativos à proteção dos direitos humanos fundamentais, assim como, consultar normas deontológicas específicas e protocolos institucionais.

De acordo com o REPE, os enfermeiros, no desempenho das suas funções “(...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (OE, 2015b, pp. 101-102), bem como, demonstrar “respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados.” (OE, 2015b, p.81). É com base nestes pressupostos que emerge o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, sustentado por fundamentos ético-deontológicos e no qual se estabelece a relação de ajuda (Nunes, 2018).

Schirmer (2006) afirma que “a tomada de decisão perante dilemas e conflitos éticos exige competência e aperfeiçoamento profissional, os quais terão de ser para os enfermeiros os compromissos cotidianos no desempenho da sua posição” (p.65).

Os enfermeiros, no seu exercício profissional são frequentemente confrontados com dilemas e

conflitos éticos, sob os quais têm de tomar uma decisão, assumido individualmente essa responsabilidade, tendo por base os princípios dispostos no seu Código Deontológico.

A dimensão deontológica e a dimensão jurídica encontram-se em estreita relação, em que o enfermeiro tem a responsabilidade de atender aos deveres relacionados com a profissão, mas também a tem relativamente ao que se encontra legislado, de modo a proteger os direitos da pessoa enquanto cidadão.

A deontologia pode então ser definida como um conjunto de regras e deveres que se regem à luz dos princípios morais e jurídicos, que representam as boas práticas de acordo com as características da profissão quando esta é encarada como a formulação de um “dever ser profissional” (Nunes, 2005).

O artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b) representa o “artigo ético” do articulado deontológico expressando princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se expõem os princípios orientadores e se desdobram os deveres (Nunes et al., 2005).

A defesa da dignidade do ser humano é uma das questões centrais nos cuidados de enfermagem. De acordo com o artigo supracitado, os enfermeiros devem executar as suas intervenções com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, cimentando a sua prática numa atitude responsável. Conforme o disposto neste mesmo artigo, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados é pautada por princípios e valores, sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar do qual sucedem os outros princípios e tem de estar presente, de modo bem claro, em todas as decisões e intervenções.

O enfermeiro, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, apresenta ainda “deveres para com outras profissões”. Conforme o disposto no artigo 112º o enfermeiro deve “Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um” (AR, 2015, p.8104).

Tendo em conta que os cuidados à PSC se revestem de elevada complexidade, sabemos que os mesmos exigem uma abordagem rápida e eficiente, dando-se primazia à estabilização hemodinâmica e monitorização contínua, contudo, jamais os podemos dissociar da esfera ética (Nunes, 2015).

O EF decorreu num SU e maioritariamente na SE, onde são atendidos os doentes mais graves e urgentes, muitas vezes com risco iminente de vida. O atendimento de um doente crítico e emergente na SE necessita, na maioria das vezes, de uma abordagem multidisciplinar, sendo a prioridade das nossas intervenções, centrada na implementação de ações imediatas e de medidas avançadas de vigilância, monitorização, terapêutica e suporte de funções vitais, com vista à estabilização hemodinâmica do doente, para posterior transferência do mesmo para um serviço diferenciado, onde seja possível dar continuidade aos cuidados. É de salientar que, em contexto de urgência/emergência por vezes não é fácil tomar decisões, quer pela ausência de informações objetivas sobre o historial

clínico do doente, quer pela inexistência de um testamento vital, regendo-se assim a nossa prática pelos princípios da beneficência e da não-maleficência. De igual modo, nem sempre   possível obter o consentimento livre e esclarecido do doente para as nossas interven es, imperando nestes casos o artigo 8  que refere “Sempre que, em virtude de uma situa o de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-  proceder imediatamente   interven o medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.” (AR, 2001.)

Num SU e especialmente na SE, a complexidade das situa es, impõem que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos sólidos e de uma atua o imediata e segura, baseada na evidência e na sua praxis clínica. Deste modo, de acordo com o regulamento da SE o enfermeiro que presta cuidados neste posto tem de ter obrigatoriamente, forma o em SAV e em trauma. Este pressuposto vai ao encontro do artigo 109  do código deontológico, referente à excelência do exercício profissional, que refere que o enfermeiro deve “Manter a atualiza o contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a forma o permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (OE, 2015b, p.86).

No contexto clínico onde decorreu o EF, consideramos que, apesar dos cuidados prestados   PSC terem consistido maioritariamente em interven es direcionadas para a dimensão física e materializável, no que se refere a procedimentos técnicos de suporte vital, dos quais depende a sobrevivência da pessoa, asseguramos sempre que, o respeito pelos princípios que servem de pilar estrutural da  tica foram cumpridos, nomeadamente, o princípio do respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justia (OE, 2015c), não negligenciando também os pressupostos dos valores universais, já mencionados anteriormente no artigo 99  da Deontologia Profissional.

Pela gravidade das situa es, o doente crítico apresenta, por vezes, limita es funcionais da capacidade de compreensão e expressão, contudo sempre que possível garantimos ao doente/família o direito   informa o, conforme preconiza o artigo 105  da deontologia profissional, onde é descrito que enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015b, p.84) e conforme é descrito também na Lei das Bases da Saúde, onde é referido que todas as pessoas têm direito “A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situa o (...)” (AR, 2019, p.56).

Fazendo ainda referência às características estruturais do SU, em que a maioria das suas áreas de atendimento são um “open space” colocam -se em causa o cumprimento dos artigos 106  onde está explanado o dever de sigilo profissional do enfermeiro e do 107  que descreve o respeito pela intimidade e privacidade do doente (OE, 2015b). A Lei de Bases da Saúde vai de encontro ao articulado pela OE, referindo que “A circula o da informa o de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurana e prote o dos dados pessoais e da informa o de saúde (...)” (AR, 2019, p.60). Face às

características do contexto clínico, este, foi na verdade um desafio e uma preocupao constante na nossa prática diária pelo que, sempre que possível procuramos um espao calmo e reservado para realizar a colheita de dados, bem como para prestar informaoes ao doente/família e, procuramos igualmente utilizar um tom de voz baixo junto do doente. De modo a assegurarmos a intimidade e privacidade do doente aquando da necessidade de procedimentos com necessidade de exposio corporal, recorremos   utilizao de cortinas, biombos e/ou espaos mais reservados.

Assim, perante a tipologia de doentes cuidados e tendo em conta as características específicas do contexto clínico, ao fazermos uma reflexo mais profunda sobre as nossas aoes e decisoes, consideramos que se prestarmos cuidados de enfermagem apenas focados nas competências técnicas, nunca poderemos afirmar que prestamos cuidados de qualidade. Para que isso seja possível, é fundamental incluirmos na prestao de cuidados o sentido humano, o respeito pelos valores, crenas e desejos individuais do outro e família, agindo na defesa da autonomia e no respeito pelas suas opoes, garantido desse modo o respeito pelo princípio da dignidade humana como um valor aut nomo e específico, inerente aos seres humanos e   sua personalidade, preservando assim a inviolabilidade de cada pessoa. Considera-se que “(...) um enfermeiro é competente quando reúne todos os saberes, ou seja, quando presta cuidados de Enfermagem atendendo às vertentes científica, técnica e relacional da profissao” (Lopes & Nunes, 1995, p.3).

É fundamental entender ainda que, os cuidados de enfermagem se consolidam numa relao de ajuda entre o enfermeiro e a pessoa, assentando num pacto de cuidado entre os mesmos, ainda que em determinada altura a pessoa cuidada esteja incapacitada de se expressar verbalmente (Nunes, 2016). Assim, entendemos que uma relao de ajuda centrada na pessoa permanece, mesmo quando esta não é capaz de interagir, e nestes casos os valores e princípios éticos assumem especial relevância, ao mesmo tempo que protegem a dignidade humana.

Tendo em considerao a reflexo sobre as nossas práticas, acreditamos que prestamos cuidados elencados nos princípios e valores éticos e com elevada qualidade técnico-científica, numa perspetiva holística, respeitando a individualidade de cada ser humano.

No que respeita ao desenvolvimento do PIP, importa referir que todos os princípios ético-legais considerados para a realizao de trabalhos de investigao em Enfermagem foram cumpridos, através da realizao dos respetivos pedidos de autorizao, que foram dirigidos à UE (Anexo 3) e   sua Comissao de  tica (Anexo 4) e ao presidente da Comissao de  tica para a Saúde (Anexo 5) e   presidente do CA do CH (Anexo 6), garantindo-se a confidencialidade dos dados recolhidos, através da codificao do instrumento de colheita de dados e o anonimato da instituio hospitalar e do servio onde decorreu o estágio. Uma vez que a participao no estudo é de cariz voluntário e requer o esclarecimento e consentimento por parte dos participantes, foi um ainda redigido um documento

referente ao consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4), que foi previamente entregue aos participantes no estudo.

É de salientar ainda, que todo o percurso teórico feito neste curso de mestrado contribuiu significativamente para a concretização deste domínio. Realçam-se os conteúdos programáticos abordados na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e o trabalho desenvolvido neste âmbito, assim como os trabalhos realizados na UCs EMC 1 e Relação de Ajuda, relativos à metodologia de comunicação de más notícias e aos princípios inerentes à relação de ajuda, que foram essenciais à atualização e aquisição de novos conhecimentos, que posteriormente foram transpostos para a prática clínica.

Face ao exposto, consideramos ter adquirido as competências que fazem parte deste domínio, bem como as competências de mestre em Enfermagem.

B- Domínio da melhoria continua 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 clínica;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Temos plena consciência que, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados é um desafio permanente na nossa prática diária e exige a participação ativa de todos os intervenientes no processo, onde as organizações têm um papel preponderante.

Tal como já foi explanado anteriormente neste relatório, a qualidade e segurança dos cuidados têm vindo, a ser reconhecidas, como fatores determinantes para melhorar a qualidade dos cuidados

e constituem-se como uma preocupação permanente das organizações de saúde. Nesse sentido, nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos e implementados diferentes programas e estratégias para promover uma maior cultura de segurança e qualidade dos cuidados nas instituições de saúde (MS, 2015a).

O enfermeiro é parte integrante desse processo, desempenhando um papel crucial no incentivo à cultura de segurança, com vista ao alcance de elevada qualidade nos cuidados prestados. Como refere Larrabee (2011), para que isso seja possível, estes profissionais devem recorrer à melhor e mais recente evidência científica e envolver-se em atividades que conduzam à mudança para a PBE.

Assim, objetivando o desenvolvimento das competências neste domínio procedeu-se à leitura e análise de documentos considerados importantes neste âmbito, nomeadamente: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 (MS, 2015); Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (MS, 2021); Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001) e Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC (OE, 2015a). Ressalva-se ainda a importância dos conteúdos abordados nas UCs Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica, que contribuirão para a revisão de conceitos relacionados com este domínio.

Para além disso, no decurso do EF foi imprescindível consultar ainda, documentos relativos às políticas de gestão e projetos de melhoria contínua instituídos no CH, bem como normas e protocolos em vigor no SUMC. A consulta destes documentos permitiu-nos tomar conhecimento dos objetivos estratégicos da instituição e de indicadores de qualidade e assim, identificar quais as áreas com necessidade de melhoria na instituição e no SU.

Nesse âmbito, a área de intervenção do PIP desenvolvido visou dar resposta a uma necessidade identificada no SUMC, enquadrando-se na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, com o objetivo de melhorar e promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com sépsis, admitido no SUMC. Assim, foi criada uma proposta de protocolo de atuação (Apêndice 7), fundamentada na mais recente evidência científica. Para dar conhecimento à equipa de enfermagem do SUMC do protocolo de atuação contruído e, para sensibilizar a equipa quanto à problemática atual que é a sépsis, foi realizada uma sessão de formação (Apêndice 10). Salientamos que o facto de termos o Curso de Formação para Formadores e alguma experiência em formação de adultos, foi uma ferramenta facilitadora na implementação de estratégias formativas.

A imprevisibilidade característica de um SU, associada à complexidade dos cuidados inerentes à PSC, exigem por parte dos profissionais de saúde um atualizado e elevado nível de conhecimentos e o domínio no manuseamento de inúmeros equipamentos e de múltiplos recursos tecnológicos, bem como conhecimento aprofundado de protocolos/algoritmos terapêuticos complexos. O facto de a

estudante desempenhar funções em contexto de cuidados à PSC, tanto em cuidados intensivos como em contexto pré-hospitalar, foi de certo modo facilitador, já que a familiarização existente com os meios tecnológicos e o domínio dos diversos equipamentos, bem como de determinados procedimentos permitiu um melhor desempenho durante o estágio e, portanto, uma melhor resposta na abordagem do doente crítico, em tempo útil. Ainda assim, como o objetivo de solidificar conhecimentos e por este ser um serviço bastante diferenciado e específico, sentimos a necessidade de consultar normas e protocolos específicos do serviço e de aprofundar conhecimentos, relativos a diversas temáticas, relacionadas com o doente crítico, que são menos comuns na nossa prática diária. Tal como evidência Larrabee (2011), a realização de pesquisas bibliográficas rigorosas e sistemáticas irão permitir elevar o nível de conhecimentos existentes e produzir novos conhecimentos para aplicar na prática e desse modo, ampliar a qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito à segurança do doente, a comunicação merece especial destaque, principalmente em situações que exigem a transmissão de informação para a transição de cuidados de saúde, nomeadamente passagens de turno, transferência de serviço ou alta de doentes. Com o objetivo de garantir uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, é importante que as instituições normalizem procedimentos, de modo a evitar lacunas na comunicação e incidentes que daí possam advir (DGS, 2017b). No SUMC encontra-se implementada uma norma que segue as indicações da normativa da DGS n.º 001/2017, subordinada ao tema: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que recomenda a técnica ISBAR⁴, como metodologia de comunicação segura (DGS, 2017b). Assim, durante o EF, em prol da segurança dos doentes, procuramos elaborar registos de enfermagem individualizados e completos que permitissem uma transição de cuidados de saúde segura, recorrendo à metodologia ISBAR.

Ainda na linha da segurança do doente, não nos podemos esquecer da importância fulcral da identificação correta dos doentes sendo que, também existe uma norma no CH relativa a este assunto, cujo seu cumprimento é auditado. Esta foi sem dúvida também, uma preocupação nossa durante a prestação de cuidados, de modo a prevenir a ocorrência de possíveis erros de administração de terapêutica e/ou hemoderivados, bem como na comunicação de informação clínica, quer ao doente quer à sua família.

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade acarreta um grau de risco de danos previsível, pelo que se torna imperativo desenvolver estratégias que permitam reduzir esse risco para um mínimo aceitável (DGS, 2011). No CH existe um instrumento de notificação de eventos adversos e notificação de gestão de risco, que permite a identificação de riscos potenciais e a gestão dos riscos,

⁴ ISBAR – *Identification* (Identificação); *Situation* (Situação atual); *Background*, (Antecedentes); *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

permitindo uma análise dos eventos adversos ocorridos, riscos identificados e perigos existentes no serviço, prevenindo-os na sua origem, de modo a evitar que aconteçam e minimizando a existência de danos para o doente, família e equipa multidisciplinar. A notificação dos eventos é relevante para a segurança, pois é uma maneira dos profissionais relatarem os incidentes e ao mesmo tempo, permite que as instituições de saúde façam uma análise das notificações, possibilitando que as causas sejam identificadas e evitadas, a partir da revisão e melhoria dos processos assistenciais. Durante o estágio, foi possível identificar alguns riscos no SU e fazer a sua notificação, nomeadamente: problemas relacionados com a deterioração do edifício; identificação de um lote de pás externas de desfibrilhador descartáveis com defeito; identificação de um monitor desfibrilhador com um problema de atraso na desfibrilhação, entre outros. É de salientar que, conforme recomendado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, é pretendido que os sistemas de notificação “(...) promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada (MS, 2015b, p.3882-(9)). Ao falarmos com elemento responsável pela gestão de risco, que neste caso é o enfermeiro gestor, apuramos que apesar de ter conhecimento da existência de incidentes, quer clínicos ou não clínicos, ainda existe pouca notificação por parte dos profissionais de saúde, talvez por desconhecimento do instrumento de notificação, pelo que consideramos importante abordar esta temática junto dos nossos pares, sempre que oportuno.

Tendo em consideração que a segurança é indissociável da melhoria da qualidade dos cuidados, investimos na promoção e manutenção de uma cultura de segurança eficiente na prestação à PSC, através do cumprimento de protocolos e algoritmos de atuação e da utilização de escalas de avaliação como: a *Revised Trauma Score*, para avaliar a gravidade das lesões resultantes do traumatismo; a Escala de Coma de *Glasgow*, para avaliar o nível de consciência; a *National Institute of Health Stroke Scale* e a *Canadian Neurological Scale*, ambas para avaliar os déficits neurológicos relacionados com o AVC, a escala modificada de *Rankin*, para avaliar o nível de incapacidade do doente de forma global, ou seja, seu nível de dependência funcional; a escala *Gugging Swallowing Screen*, para avaliação da deglutição; a fórmula de *Parkland*, para avaliar a pessoa com queimaduras, entre outras. A utilização destas ferramentas foi essencial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Relativamente às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], procuramos assegurar sempre, uma prática perspetivando a sua prevenção e assente no cumprimento das mais recentes diretrizes de boas práticas nacionais e internacionais, tendo também uma ação proativa, baseada na partilha de informação junto dos nossos pares, com o intuito de reforçar as boas práticas.

Outro aspeto importante a referir, foi que tivemos a possibilidade de colaborar com a enfermeira supervisora na realização de auditorias clínicas, nomeadamente ao carro de emergência, ao carro de

via aérea difícil e aos diversos kits de utilização rápida, existentes na SE, para a realização de procedimentos invasivos e emergentes.

Com a finalidade de analisarmos, refletirmos e melhorarmos as nossas práticas, realizámos diariamente um *debriefing* com a enfermeira supervisora. Estes momentos de reflexão e partilha de conhecimentos e experiências foram fundamentais para identificarmos aspetos a melhorar e consequentemente prevenirmos complicações, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Com base no exposto, consideramos que as ações desempenhadas permitiram desenvolver as competências deste domínio, assim como as de mestre em Enfermagem.

C- Domínio da gestão de 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 em Enfermagem

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

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

A importância da liderança e da gestão no desempenho das organizações de saúde, têm vindo, ao longo dos tempos a evidenciar-se.

A liderança continua a ser um fator de grande importância para o sucesso de qualquer organização e isso implica que o líder tenha a capacidade de influenciar a equipa para os objetivos da organização, sendo que o enfermeiro gestor, como líder e gestor da equipa de enfermagem, assume um papel determinante (Melo et al., 2017).

A liderança em Enfermagem, é fundamental no processo de melhoria contínua, na medida em que pode contribuir para a satisfação, prazer e motivação no seio da equipa de enfermagem, criando um ambiente de confiança, estimulando os elementos a ter um maior empenho e melhor desempenho nas suas funções, com influência direta na obtenção de melhores resultados na prática dos cuidados (Schneider et al., 2019).

Assim, e de acordo com a OE (2019b) o EE deve possuir competências na área de gestão dos cuidados, realizando (...) “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa

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

De modo a desenvolver as competências supracitadas, importa referir que foi realizada pesquisa bibliográfica relativa à gestão de cuidados e tipos de liderança e uma revisão dos conteúdos programáticos abordados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, com posterior mobilização desses conhecimentos para a prática clínica. No decurso do EF consideramos ainda de extrema importância, proceder à observação e análise das funções assumidas pelo enfermeiro gestor do serviço e pelos enfermeiros responsáveis de equipa.

Ao longo do EF, tivemos então a oportunidade de acompanhar o enfermeiro gestor durante dois dias, em que foi possível observar as suas funções de gestão e participar em algumas das suas atividades diárias, nomeadamente na gestão de recursos humanos (elaboração de horários e ajustes do mesmo por trocas, faltas ou acerto de horas, verificação das assiduidades através da aplicação informática Sisqual® e elaboração de planos de trabalho) e na gestão de recursos materiais (requisição de material de consumo clínico e de terapêutica). Foi possível verificar que gestão de recursos humanos neste serviço nem sempre se revela linear, pelo absentismo laboral recorrente. Esta gestão reveste-se diariamente de alguma imprevisibilidade, sendo que o objetivo do enfermeiro gestor sempre foi colmatar as ausências, com o propósito de manter as dotações seguras, com vista à manutenção da segurança e qualidade dos cuidados. É de referir que, o enfermeiro gestor tem a preocupação diária de passar por todos os postos de trabalho do SU como objetivo de identificar alguma problemática e também para verificar o bem-estar dos elementos da equipa de enfermagem. Na área da gestão, o enfermeiro gestor articula-se estreitamente com o enfermeiro subchefe e com os enfermeiros responsáveis de equipa. Ao longo destes turnos foi ainda possível, fazer uma reflexão conjunta com o enfermeiro gestor sobre os diferentes estilos de liderança existentes, verificando-se que a sua prática se insere maioritariamente num estilo de liderança democrático, sendo necessário, em algumas situações, adotar o estilo de liderança autocrático. Importa salientar que estes dois dias foram fundamentais para aprofundar conhecimentos na área da gestão e governação clínica.

No que concerne às funções de enfermeiro responsável de equipa, observámos que este cargo é predominantemente assumido por um EE, conforme o previsto no parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC (OE, 2017). No entanto, nem sempre isso é possível, sendo por vezes essa responsabilidade atribuída a outros enfermeiros, reconhecidos perante a equipa como peritos, que de acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner (2001), são profissionais com enorme experiência, que compreendem de maneira intuitiva cada situação e são capazes de apreender diretamente os problemas, agindo de forma eficaz na resolução de situações inesperadas

e críticas.

Ao longo do EF foi também possível, observar e analisar as funções desempenhadas pelos enfermeiros responsáveis de equipa e as tomadas de decisão dos mesmos, perante situações relacionadas com a gestão dos cuidados, dos recursos humanos e dos recursos materiais. Este profissional geralmente não tem um posto de trabalho atribuído, prestando apoio aos elementos da sua equipa, nas áreas de cuidados com maior carga de trabalho. Uma das principais funções do enfermeiro responsável de equipa consiste na gestão dos cuidados, de acordo com os recursos humanos disponíveis, fazendo a distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, através da elaboração de um plano de trabalho. Verificamos que, na elaboração deste plano de trabalho são tidos vários aspetos em conta com o objetivo de garantir o equilíbrio na distribuição dos profissionais pelos vários postos de trabalho e a sua rotatividade pelos mesmos. Sempre que se justifique, este plano pode ser reformulado, de acordo com as necessidades do serviço, de forma a assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados. A título de exemplo, podemos referir que, diariamente a saída de enfermeiros do SUMC para fazerem transferências inter-hospitalares de doentes, obriga a uma reestruturação interna na distribuição dos profissionais pelos diversos postos de trabalho.

O facto de termos feito turnos com as diversas equipas de enfermagem do SUMC, permitiu-nos analisar e refletir sobre os distintos estilos de liderança apresentados pelos diferentes responsáveis de equipa e concluir que, o estilo de liderança não deve ser estanque, devendo ser adaptado a cada situação. Assim, um líder de estilo democrático, numa situação específica, que exija uma ação imediata, pode ter de adotar um estilo autocrático, em prol da eficácia e eficiência dos cuidados. De acordo com OE (2019b), este é reconhecido como um estilo de liderança situacional apropriado, promotor da excelência dos cuidados.

No desenvolvimento do EF, constatamos que a EE supervisora é um elemento com muita experiência e muita formação na área dos cuidados à PSC, com grande capacidade de resposta perante situações complexas e que esta, é considerada um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem. Por esse motivo, esta enfermeira era muitas vezes solicitada pelos colegas para o esclarecimento de dúvidas e para intervir em processos de tomada de decisão. Deste modo, comprovamos que o EE tem uma responsabilidade acrescida junto dos seus pares, sendo como um “modelo” na gestão e prestação de cuidados especializados e de qualidade, alicerçados em rigor técnico-científico (OE, 2015a). Neste contexto, sempre que oportuno colaboramos com a enfermeira supervisora na formação dos nossos pares e na construção de críticas construtivas e tivemos ainda, a oportunidade de participar em processos de tomada de decisão, no seio da equipa multidisciplinar, demonstrando o nosso parecer fundamentado em conhecimentos científicos.

Aludindo à prestação de cuidados em que, para satisfazer as necessidades do doente foi necessária a articulação com outros profissionais de saúde foi possível desenvolver competências na delegação de tarefas, com a devida supervisão, assegurando-se a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, tal como o exposto no artigo 109º da Deontologia Profissional, referindo que o enfermeiro tem o dever de “Garantir a qualidade e assegurar continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.” (OE, 2015b, p.86).

Durante a prestação de cuidados, tivemos também a capacidade de identificar situações que careciam de referenciação para outros profissionais, como por exemplo, numa situação em que suspeitamos de o utente ser vítima de maus-tratos, encaminhamos o caso para a assistente social, que deu seguimento a todo o processo.

Por fim, importa mencionar que o desenvolvimento do PIP também exigiu da nossa parte competências na área de gestão, em que foi necessário identificar e gerir os recursos disponíveis, articularmo-nos com os diferentes intervenientes e cumprir o cronograma previamente delineado. Este PIP também teve como objetivo melhorar a gestão dos cuidados no atendimento à pessoa com sépsis.

Com base nesta reflexão, podemos concluir que as competências deste domínio foram alcançadas, tal como as de mestre em Enfermagem.

D- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Relativamente ao desenvolvimento das competências supramencionadas, importa dar ênfase ao percurso profissional da estudante, de dezasseis anos, treze dos quais a prestar cuidados na área da

PSC. Esta experiência profissional contribuiu de forma ímpar no processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências nesta área.

Contudo, a UC EF foi determinante neste processo, na medida em que nos proporcionou um acréscimo das aprendizagens profissionais. O facto de sairmos do nosso contexto habitual de trabalho e da nossa zona de conforto constituiu - se como um enorme desafio que, exigiu da nossa parte dedicação, motivação e toda a disponibilidade mental que um processo de adaptação impõe. Assim, reconhecendo os nossos limites pessoais e profissionais e as nossas dificuldades, procedemos à aquisição de novos conhecimentos e ao enriquecimento de outros, através de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas e através da revisão dos conteúdos teóricos abordados nas UCs ao longo do mestrado, com a finalidade de prestarmos cuidados seguros e de qualidade, baseados numa prática fundamentada e com rigor científico, que valorizasse as necessidades e valores dos doentes (Larrabee, 2011). Tal como nos diz a OE (2019b), os enfermeiros para conseguirem uma adaptação organizacional e individual total, necessitam de desenvolver competências e a sua capacidade de autoconhecimento. O artigo 109º da Deontologia Profissional vai ao encontro desta premissa, declarando que o enfermeiro deve “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” E “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.” (OE, 2015b, p.86).

Segundo Phaneuf (2005),

a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos (p.177).

De acordo com o descritivo desta competência, é esperado que o EE demonstre “(...) 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.” (OE, 2019b, p. 4749).

Neste contexto, durante o EF procuramos fazer uma autorreflexão conjunta com a nossa enfermeira supervisora sobre as nossas práticas e sobre o nosso autoconhecimento e assertividade. Quando avaliamos uma prática e refletimos sobre ela, estamos a criar momentos de mudança. Assim os momentos de *debriefing* foram momentos de introspeção fundamentais para aprofundarmos o conhecimento de nós próprios, das nossas competências e das nossas limitações, proporcionando o nossa evolução profissional e pessoal, com conseqüente melhoria da assertividade na interação com o Outro, conduzindo à melhoria do nosso desempenho nos cuidados prestados.

No decurso do estágio fomos-nos deparando com múltiplas situações que exigiram de nós uma

resposta célere e eficiente. A necessidade de darmos resposta a situações complexas em tempo útil é geradora de elevados níveis de stress uma vez que estamos sob pressão. Estas situações podem levar a desgastes físicos e emocionais e interferir nos processos de tomada de decisão, com reflexo na segurança dos cuidados pelo que, é imprescindível adquirir e desenvolver estratégias de *coping*. Outras situações que por vezes também podem ser difíceis de gerir, relacionam-se com a interação estabelecida com o doente/família e elementos da equipa multidisciplinar. Assim, o enfermeiro deverá também, reconhecer e gerir os seus recursos e limites, tendo consciência da influência pessoal na relação profissional e atuar de modo a gerir sentimentos e emoções, bem como reconhecer e atuar com recurso a técnicas de resolução de conflitos (OE, 2019b).

O facto de já sermos enfermeiros há alguns anos e com experiência nesta área foi um fator facilitador, tanto no processo comunicacional com o doente/família, bem como na gestão sentimentos e emoções e na forma como interagimos com o Outro, sem comprometer o nível de cuidados. Não obstante, importa ressaltar que os conhecimentos adquiridos na UC Relação de Ajuda também foram essenciais para o desenvolver estratégias pessoais para gerir o stress, assim como para desenvolver a autorreflexão e a autocrítica e, ainda para o treino de estratégias e técnicas de comunicação.

Por sua vez as UCs, Formação e Supervisão em Enfermagem e Investigação em Enfermagem foram determinantes para a elaboração do PIP, pois muniram-nos de conhecimentos, estratégias e ferramentas específicas essenciais à construção desse projeto. O desenvolvimento do PIP também nos possibilitou desenvolver competências neste domínio, pois numa perspetiva de investigação-ação, permitiu-nos identificar uma necessidade existente no contexto clínico e desenvolver estratégias, assentes na MTP e no MMPBE, com vista à sua resolução, perspetivando-a como uma oportunidade de melhoria de cuidados. A construção do referido PIP foi feita com base na melhor e mais recente evidência científica, da qual também resultou a produção de uma revisão *scoping*, realizada em forma de artigo científico, conforme os conhecimentos apreendidos na UC Investigação em Enfermagem, promovendo não só a disseminação do conhecimento, bem como de uma PBE, sendo esta, de acordo com Larrabee (2011), "(...) uma iniciativa um tanto recente com comprovada eficácia em melhorar a qualidade do cuidado e os resultados dos pacientes." (p. 14).

Como o objetivo de disseminarmos conhecimentos e atuarmos como formadores, junto dos nossos pares, realizamos uma formação em serviço sobre a temática do PIP, de forma a proporcionar à equipa a aquisição e a consolidação de conhecimentos sobre sepsis, permitindo igualmente, a apresentação da proposta de protocolo VVS e a divulgação dos seus respetivos instrumentos de implementação. Deste modo, consideramos que demos um contributo relevante para o desenvolvimento e disseminação da investigação, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Salientamos que, o diagnóstico das necessidades formativas e o planeamento da

sessão formativa, bem como a produção dos diapositivos que deram suporte à sua apresentação tiveram por base os conhecimentos adquiridos na UC Formação e Supervisão em Enfermagem.

Uma vez que a enfermeira supervisora é responsável pela via verde AVC e o CH aderiu à iniciativa “*Angels*”, foi também possível colaborarmos na elaboração de registos de dados estatísticos referentes à ativação desta via verde, para posterior publicação.

Considerando que a formação contínua deve estar sempre presente no nosso percurso profissional e tendo em conta a constante evolução tecnológica e a produção de conhecimento em Enfermagem, a procura de conhecimento é um dever inerente aos profissionais de enfermagem, previsto na deontologia profissional (OE, 2015b; OE, 2019b). Assim, importa ainda referir que durante o período em que decorreu o mestrado participamos em alguns eventos formativos que consideramos relevantes para o desenvolvimento do nosso processo formativo, nomeadamente: VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (Anexo 7); 22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Anexo 8); Jornadas “Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro” (Anexo 9); Webinar “REBOA e Toracotomia na PCR traumática”(Anexo 10); Webinar “Novas Guidelines ERC 2021”(Anexo 11); Jornadas do Mestrado de EMC – Área de Especialização em Enfermagem em Situação Crítica “Inovar em Tempo de Pandemia” (Anexo 12); Simulacro “AeroFaro’20” (Anexo 13); II Congresso Mestrado em Enfermagem – Enfermagem especializada: desafios num mundo em mudança; 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar(Anexo 14) em que participamos com uma comunicação oral livre, subordinada ao tema “Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar Salva Vidas?” Anexo 15), cujo resumo foi aceite para publicação em livro de Atas/Resumos na Revista RIIS⁵ (Anexo 16).

Tendo em consideração o explanado, consideramos ter adquirido com sucesso as competências relacionadas com o domínio das aprendizagens profissionais e as de mestre em Enfermagem.

3.2. Competências Específicas De Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica E Competências De Mestre Em Enfermagem

A OE (2019b) refere-se às competências específicas do EE como sendo as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas

⁵ RIIS – Revista de Investigação & Inovação em Saúde

através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (p.4745).

O Regulamento n.º 429/2018 define o perfil de competências específicas do EE em EMC – PSC, que integra em conjunto com o perfil de competências comuns do EE, “(...) o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e o contexto de intervenção (...)” (OE, 2018, p.19359). O alvo desta área de especialização é a PSC, que “(...) é aquela que a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

Os cuidados de enfermagem à PSC “(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos (...) de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2018, p.19362).

Deste modo são estabelecidas pela OE, três competências do EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, nomeadamente:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

Exposto isto, vamos de seguida prosseguir com a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas supracitadas, explanando as principais ações e estratégias planeadas e desenvolvidas, para esse fim.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de

especialidade.

A pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica carece de cuidados de enfermagem altamente qualificados que deem resposta às necessidades afetadas, com o objetivo de manter e/ou restabelecer as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando incapacidade, com vista à sua recuperação total (OE, 2018).

A complexidade inerente aos cuidados à PSC e respetiva família/cuidador exige ao EE em EMC – PSC a mobilização de “(...) conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018a, p. 19363).

Para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências acima referidas, importa destacar a experiência profissional da estudante, já anteriormente referida, na prestação de cuidados de enfermagem na área da PSC que lhe proporcionou conhecimentos específicos e diferenciados nesta área, motivo pelo qual lhe foi conferida equivalência às UCs Estágio em Enfermagem à PSC e EMC 4, através do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências. Para o processo de aquisição e desenvolvimento destas competências, foram também imprescindíveis os aportes teóricos lecionados ao longo do mestrado, nas diferentes UCs e a pesquisa bibliográfica realizada de acordo com as necessidades, bem como todo o percurso formativo que foi realizado pela estudante, a par do mestrado, através da presença em diferentes momentos formativos, já anteriormente mencionados, na área da prestação de cuidados à PSC.

Apesar de todos os conhecimentos prévios e da estudante desempenhar funções em contexto de cuidados intensivos e em contexto pré-hospitalar (VMER), este EF foi um momento de aprendizagem crucial para complementar e compreender a abordagem à PSC, numa perspetiva global. Assim, a perspetiva do Cuidar o doente crítico em ambiente de urgência era considerada uma lacuna existente na formação especializada da estudante que, foi possível colmatar com a realização do EF no SUMC, onde é exigida uma resposta ao doente crítico, com especificidades diferentes da necessária em outros contextos clínicos.

Embora o campo de estágio tenha sido o SUMC, a maioria dos turnos foram realizados na SE, de modo a aumentar as experiências na prestação de cuidados à PSC e assim ampliar as oportunidades de aprendizagem. Contudo, foram desempenhadas funções em todas as áreas do SUMC, de modo adquirirmos competências e aprendizagens específicas dos diferentes postos de trabalho, permitindo ao mesmo tempo compreender todo o circuito do doente no SU, desde a sua admissão até ao seu internamento, transferência inter-hospitalar ou alta para o domicílio.

Na SE do SUMC são admitidos os doentes mais graves e urgentes, com risco iminente de vida por falência ou eminência de falência multiorgânica. Os doentes admitidos nesta sala têm de se incluir nos

critérios de admissão estipulados. Assim, todos os doentes triados com a cor vermelha pelo sistema de Triagem de Manchester têm admissão direta para esta sala. Além disso, o médico da SE tem a obrigação de avaliar sempre os doentes acompanhados pela VMER, os doentes críticos provenientes de outros hospitais e os doentes que necessitem da aplicação de algum protocolo da SE. Existem ainda, outros critérios que podem gerar a necessidade da avaliação por parte do médico da SE e que podem levar à entrada do doente na sala, nomeadamente alterações relacionadas com a via aérea, ventilação, saturação periférica de oxigénio, circulação e estado neurológico.

Neste contexto de estágio, foi-nos possível prestar cuidados a diversas tipologias de doente crítico, com principal destaque para os doentes politraumatizados e do foro neurológico e cardíaco. A passagem destes doentes pela SE deve curta, ou seja, deve ser durante o tempo estritamente necessário à sua estabilização, para posterior encaminhamento para o local mais apropriado à continuidade dos cuidados.

Os cuidados prestados à PSC impõem “(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados (...)” de modo a “(...) prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2018, p.19363). Também Benner et al. (2011) referem que, na intervenção à PSC, o enfermeiro segue várias etapas, nomeadamente: anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Contudo, ressalva que o enfermeiro perito, perante a PSC deixa de executar as etapas do processo de enfermagem de forma linear, podendo, ocasionalmente, executar várias etapas em simultâneo. Tendo em conta a posição central que o EE assume nos cuidados ao doente crítico, considera-se que este se encontra numa posição privilegiada para prevenir e atuar nos focos de instabilidade clínica.

Posto isto, a prestação de cuidados à PSC, pressupõe então, o recurso a uma metodologia de avaliação que permita uma rápida identificação dos problemas e a priorização das intervenções a implementar, mediante a recolha de informação obtida pela monitorização possível.

Neste sentido, no decurso do EF, conseguimos desenvolver competências na identificação rápida e na resposta antecipatória perante focos de instabilidade e risco de falência orgânica, agindo em conformidade e de forma efetiva, prevenindo complicações. Como tal, colocamos em prática a metodologia ABCDE⁶ na avaliação e monitorização contínua do doente crítico. Esta metodologia consiste numa avaliação rápida e vertical do doente, permitindo uma avaliação sistematizada, bem como a definição de prioridades na resolução dos problemas detetados, sem prosseguir a avaliação,

⁶ A (*Airway*) - permeabilização da Via Aérea; B (*Breathing*) - ventilação e oxigenação; C (*Circulation*) - assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) - disfunção neurológica; E (*Exposure*) – exposição com controlo da temperatura.

antes da resolução dos problemas identificados, que coloquem em risco de vida o doente (INEM,2019).

No SUMC existem vários protocolos de atuação complexos para diferentes situações, sendo para nós, ao longo do EF, uma prioridade conhecê-los e aplicá-los a situações concretas. Para a SE destacamos os seguintes protocolos: VVC; via verde AVC; abordagem ao grande queimado; via aérea difícil; administração de ácido tranexâmico; estratégias de sedo-analgesia; administração de terapêutica fibrinolítica; administração de terapêutica vasopressora; abordagem ao politrauma major e ao politraumatizado com traumatismo crânio-encefálico e abordagem à dispneia grave, entre outros. Assim, tivemos a necessidade de desenvolver competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos, reconhecendo-se a sua importância na uniformização das práticas, que por sua vez são suportadas pela melhor e mais recente evidência científica, auxiliando os profissionais de saúde no processo de tomada de decisão, de forma a prevenir e a minimizar possíveis complicações. De acordo com Sales et al. (2018), a prestação de cuidados de enfermagem baseada em protocolos de atuação, melhora a segurança na realização de procedimentos, diminuindo o tempo de resposta e a probabilidade da ocorrência de erros, contribuindo invariavelmente para um aumento da segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

No decurso do estágio tivemos oportunidade de aplicar todos os protocolos mencionados, tendo sempre presente a importância de antever as possíveis complicações e como as solucionar, caso estas ocorressem. A título de exemplo, podemos salientar que muitas foram as vezes em que a via verde AVC foi ativada e conseqüentemente, quando indicado, aplicado o protocolo de administração de terapêutica fibrinolítica, que exige sempre uma vigilância apertada, com uma monitorização hemodinâmica contínua, acompanhada por uma avaliação seriada da *Canadian Neurological Scale*. Nestes casos, esta vigilância tem como objetivo principal, identificar rapidamente efeitos adversos da administração de terapêutica fibrinolítica, nomeadamente a ocorrência de hemorragias graves.

Existiram também situações de Paragem Cardiorrespiratória [PCR], nas quais foi possível aplicar conhecimentos teórico-práticos relativos aos algoritmos de SAV.

Nesta conjuntura, salientamos ainda o PIP desenvolvido que incidiu na criação de um protocolo de atuação para a VVS e nos permitiu consolidar esta competência, assim como uniformizar os cuidados no atendimento à pessoa com sepsis.

Ao longo do EF tivemos também a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do transporte intra-hospitalar do doente crítico, uma vez que acompanhámos frequentemente doentes ao serviço de imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico. Da mesma forma, acompanhamos os doentes, aquando das suas transferências para outros serviços. Neste contexto, cumprimos as diretrizes emanadas pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], (2008), relativas às boas práticas no transporte do doente crítico, no que

respeita ao planeamento e execução. É de salientar que, o nível dos cuidados e a segurança dos mesmos se deve manter durante um transporte, pelo que o enfermeiro assume um papel crucial neste processo, na medida em que deve assegurar todos os recursos necessário ao transporte, antevendo eventuais focos de instabilidade e possíveis complicações. Uma vez que, o transporte da PSC pode agravar a sua instabilidade e conseqüentemente o seu estado clínico, consideramos de extrema importância, a prévia estabilização hemodinâmica do doente antes do transporte para a realização de exames, sempre que possível, no sentido de minimizar a ocorrência de eventuais complicações.

Na prestação de cuidados à PSC e/ou com falência orgânica, o EE deve ser capaz de realizar a gestão da dor e do bem-estar, de forma diferenciada, e otimizar as respostas (OE, 2018). Deste modo, no decurso do EF tivemos a preocupação de aprofundar conhecimentos neste âmbito, de forma a melhorar as nossas práticas. A avaliação da dor na PSC nem sempre é fácil, pelo que se constitui como um enorme desafio na prestação de cuidados. Esta dificuldade prende-se com o facto de o doente crítico muitas vezes, não se conseguir expressar, o que pode levar ao risco, da dor não ser identificada e tratada, representando uma falha ao nível da qualidade dos cuidados, pelo que a sua avaliação não pode ser negligenciada. Nesse sentido, procuramos avaliar a dor através da utilização instrumentos de avaliação adaptados a cada situação clínica, planeando antecipadamente intervenções para gerir e controlar a dor, tendo como prioridade o alívio da dor e o bem-estar da pessoa. Na SE foi possível utilizar as diversas escalas de avaliação da dor nomeadamente: a escala visual analógica e numérica para as pessoas conscientes e com capacidade de se expressarem e a escala *Behavioral Pain Scale* para aquelas que se encontram submetidas a ventilação mecânica invasiva e sem capacidade de comunicar.

Assim, tendo em conta que o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, sempre que esteja prevista a sua ocorrência ou que a avaliação comprove a sua existência, o enfermeiro tem o dever de implementar medidas que a eliminem ou a reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008). Para a prevenção e/ou alívio da dor instituímos estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas, com vista ao alívio do desconforto, à promoção do bem-estar da pessoa cuidada e à humanização dos cuidados. Os registos relativos à avaliação da dor, estratégias/intervenções de controlo adotadas e seus resultados, foram realizados nas notas de enfermagem, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e ajustar o plano terapêutico, se necessário (OE,2008).

Neste âmbito, gostaríamos de referir uma situação particular, em que recebemos na SE uma pessoa jovem, vítima de queimadura química extensa, em que implementamos um protocolo farmacológico em conjunto com medidas não farmacológicas, cujo resultado no seu bem-estar foi amplamente visível e gratificante. Após o controlo da dor, proporcionamos ainda a visita da sua esposa

na SE. Este momento contribuiu também, de forma significativa para a gestão da ansiedade quer do doente, quer da sua família.

Em relação à família dos doentes, sempre existiu um enorme empenho por parte da equipa multidisciplinar em envolvê-la nos processos de tomada de decisão. Apesar da prioridade perante uma PSC ser a sua estabilidade hemodinâmica, logo que possível era dado enfoque à família, permitindo-se a sua presença na SE junto do seu familiar e/ou transmitindo-se informações sobre o estado clínico do seu familiar. Não é apenas o doente que se apresenta numa situação de alta complexidade, também a sua família fica mais fragilizada e vulnerável perante uma situação de doença inesperada. Assim, o papel do enfermeiro na relação com o doente/família, neste contexto de situação crítica é primordial.

Segundo Chalifour (2008), o enfermeiro deve estabelecer a relação terapêutica no sentido de contribuir para que o Outro adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, se adapte às situações, compreenda a realidade dos contextos com clareza e interfira ativamente para atingir os seus objetivos.

Similarmente, a comunicação é fundamental para o doente/família enquanto seres sociais, e para se estabelecer uma relação terapêutica. Esta é sem dúvida, imprescindível na prestação de cuidados à pessoa e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitavelmente de stress e de sofrimento, permitindo a transmissão de informação de forma clara e assertiva, através do recurso a estratégias como a escuta ativa, expressão facial, tom de voz, repartição do conteúdo, adaptação da linguagem, e promoção de meios alternativos como a escrita e o incentivo ao recurso à comunicação gestual, respondendo desse modo às necessidades evidenciadas por cada doente/família (Phaneuf, 2005).

Apesar da SE ser um local onde está previsto uma passagem breve do doente, foi possível estabelecer relações terapêuticas tanto com os doentes, bem como com os seus familiares. Procuramos também assegurar uma comunicação eficaz na transmissão de informações a ambos, através da gestão da comunicação interpessoal, com recurso a técnicas de comunicação, fomentando assim o estabelecimento de uma relação terapêutica. Nas situações em que os doentes se encontravam inconscientes, a relação estabelecida com a família assumia-se como crucial, tanto para a recolha da informação, como para a discussão do plano terapêutico previsto para o doente. Assim, ao envolvermos a família nos processos de tomada de decisão, pensamos que estamos a contribuir para diminuir a ansiedade e os medos dela e do doente.

No decurso do EF, inevitavelmente também foram muitas as ocasiões em que tivemos a responsabilidade de transmitir más notícias. De acordo com Pereira (2013), a comunicação de más notícias é aquela que altera drasticamente e de forma negativa a perspetiva do utente em relação ao futuro. Assim, a transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade pela maior parte dos

profissionais de saúde, pela complexidade das emoções que lhe estão associados. A nossa experiência profissional e o contacto com a necessidade de transmitir más notícias frequentemente, no nosso local de trabalho, foi um fator facilitador neste contexto, contudo há sempre situações mais complexas nas quais apresentamos maiores dificuldades, exemplo disso, são situações de morte súbita em pessoas jovens.

Para o sucesso das intervenções anteriormente referidas foram fundamentais os conhecimentos adquiridos nas UCs EMC 1 e Relação de ajuda.

Ainda durante o EF, perante um óbito ocorrido na SE foi possível proporcionar à família, de acordo com a sua vontade expressa, um momento de “despedida” do seu ente querido. Foi dada privacidade à família neste momento, ao mesmo tempo que nos mostramos disponíveis para esclarecer qualquer questão e prestar apoio emocional. Consideramos deste modo, que contribuímos significativamente para facilitar o processo de luto desta família.

De acordo com esta análise, consideramos que esta competência específica foi alcançada com sucesso.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

Vivemos num contexto de permanente imprevisibilidade, em que a possibilidade da ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico, químico de grandes proporções, por condicionantes económicas, políticas e sociais é uma realidade eminente. Em Portugal, raramente ocorrem catástrofes, contudo a existência de situações de exceção é frequente (INEM, 2012).

Tendo em conta que as situações de emergência, exceção e catástrofe pressupõem um acontecimento súbito e na maior parte das vezes imprevisível, é fundamental que as organizações de saúde e proteção civil desenvolvam mecanismos e estratégias que permitam, perante a ocorrência destas situações, responder de forma eficaz. Neste sentido, existe o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil que por sua vez se articula, de modo direto, com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e, de modo indireto, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021).

Neste contexto, no que diz respeito às organizações de saúde, é de salientar que estas apresentam um papel preponderante no desenvolvimento de competências nos enfermeiros nesta área, para que estes consigam atuar de forma rápida e eficaz perante a ocorrência de situações adversas. Deste modo, é imperativo e urgente capacitar os enfermeiros para atuarem em cenários complexos, em vários níveis de ação, desde a triagem, às equipas de primeira intervenção, passando também pelas funções de coordenação e educação. Os enfermeiros, sendo o grupo profissional com maior representatividade em saúde e tendo em conta o papel que desempenham, têm a responsabilidade de investirem na formação nesta área, de modo a garantirem uma resposta rápida e eficaz, conforme o exigido nestas situações (*International Council of Nurses [ICN], 2019*).

Assim é esperado que

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. (OE, 2018a, p. 19363).

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência salienta-se a experiência profissional da estudante em contexto pré-hospitalar e a importância de rever os conteúdos teóricos lecionados na UC EMC 3 e de consultar documentos importantes desta área, como é o caso dos Planos de Emergência e Proteção Civil, assim como os planos de emergência do CH e do serviço onde decorreu o EF. Para além disso, com o objetivo de enriquecer ainda mais este processo formativo, consideramos relevante realizar um estágio observacional num CMPCOS, cuja experiência será abordada ao longo desta reflexão.

Durante o estágio no SUMC, consultámos os diferentes documentos institucionais relacionados com a temática, nomeadamente: o Plano de Resposta à Catástrofe do CH; o Plano de Segurança Interno, onde constam planos de evacuação de diferentes áreas do CH e os Planos de Emergência Interno e Externo de Resposta a Catástrofe do SU. A consulta e análise destes documentos foi extremamente importante, na medida em que nos elucidou sobre os procedimentos a adotar, recursos existentes e a função de cada elemento da equipa, na resposta a situações de catástrofe e/ou exceção.

Aproveitando o facto da enfermeira supervisora ser o elo de ligação à comissão de catástrofe do CH e ter sido a autora dos planos de emergência do SU, obtivemos uma explicação detalhada dos respetivos planos e tivemos a oportunidade de conhecer o “Armário da Catástrofe”. Este armário encontra-se localizado no SUMC, perto da área de pré-atendimento e no seu interior encontram-se todos os apoios logísticos necessários á ativação dos planos de emergência, entre os quais, cartões de ação, onde se encontram explanadas todas as atividades a desempenhar, pelos diferentes

profissionais, nas diferentes áreas de atendimento. Encontram-se ainda preparados 50 Kits de Catástrofe, conforme as recomendações da Sociedade Portuguesa de Triagem de Manchester. Estes kits estão organizados para realizar a triagem dos doentes em cenário complexo, sem recurso aos meios informáticos. Cada kit é composto por 4 pulseiras, com as respetivas cores, preto, vermelho, amarelo e verde, processo clínico em papel, etiquetas para identificação, tubos para colheita de sangue (hemograma, bioquímica e coagulação), envelope e sacos para espólio de roupa e valores. Podemos constatar que, a implementação de um plano desta complexidade não é fácil e exige conhecimentos teóricos sólidos e treino. Salientamos que, este CH é desde 2018 considerado Hospital piloto para testar simulacros.

Neste contexto, foi ainda possível colaborar com a enfermeira supervisora e com outra colega, numa simulação de teste, de ativação de uma parte do plano de emergência interno. Esta simulação consistiu na execução da abertura da primeira área verde e permitiu identificar algumas lacunas e proceder à implementação de medidas corretivas, através da retificação dos respetivos cartões de ação.

Relativamente ao estágio observacional no CMPCOS, este decorreu durante o período do EF, com a duração de 24h e sob a orientação de um EE em EMC, que por sua vez é Coordenador Municipal de Proteção Civil. No desenvolvimento deste estágio, tivemos a oportunidade de participar em algumas atividades, entre as quais: Reunião ordinária da Comissão da Proteção Civil; Reunião da Subcomissão Municipal Permanente para COVID – 19; Briefing diário do Serviço Municipal de Proteção Civil; Briefing distrital no âmbito da ativação do Plano Distrital de Proteção Civil; Participação no processo de planeamento e instalação do Centro Municipal de Vacinação e observação das funções desempenhadas pelos agentes da proteção civil, em colaboração com a Unidade de Saúde Pública (Anexo 17).

Importa referir que, durante a realização deste estágio o Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil se encontrava ativado pela situação pandémica e pelo número crescente de casos COVID – 19 na região. Assim, as atividades desenvolvidas por esta organização, durante aquele período de tempo, estiveram focalizadas na resolução de problemas relacionados com a pandemia. Este serviço de proteção civil colaborou em parceria com a Cruz Vermelha na realização massiva de testes para despiste de infeção por SARS-CoV-2 e tinha ainda, nas suas instalações, em funcionamento uma Unidade de apoio à Saúde Pública coordenada por um agente de proteção civil, onde, diariamente, eram feitos inúmeros contactos telefónicos, quer para identificar links epidemiológicos, quer para a realização da marcação de testes. Para além disso, esta entidade foi responsável pela organização de um novo Centro Municipal de Vacinação, pelo que foi possível participarmos no seu processo de planeamento e instalação. Nesse sentido, analisamos a planta do edifício e fizemos uma visita às

infraestruturas do edifício, o que nos permitiu definir “*in loco*” qual o circuito mais funcional a implementar, bem como a localização melhor para recursos materiais e a gestão dos recursos humanos. As nossas sugestões foram tidas em conta e, consideradas pela entidade de proteção civil como contributos relevantes para a melhoria da execução deste projeto e conseqüentemente para que o mesmo funcionasse na sua máxima capacidade e plenitude, dando resposta às necessidades da população. É de ressaltar mais uma vez, a importância que o EE em EMC tem neste contexto, sendo uma mais-valia no planeamento e execução de todo o processo, desde a escolha do material consumível, logístico e tecnológico até à organização do espaço físico e dos circuitos, assim como na gestão dos recursos humanos.

Com a concretização deste estágio pudemos ainda, compreender a estreita colaboração que a Corporação de Bombeiros tem com a Proteção Civil e a importância que as atividades que desempenham em conjunto têm para a segurança da população. Num dos dias deste estágio, foi possível acompanhar um Oficial Bombeiro, que também é agente de proteção civil, numa visita guiada pelas instalações do quartel dos bombeiros, onde nos foi dado a conhecer os diferentes equipamentos e meios de socorro disponíveis, para os mais variados cenários de emergência, exceção e catástrofe. Entre os quais, destacamos a existência de um *drone* e a importância que o mesmo pode representar em cenários complexos, auxiliando de forma elementar o planeamento das nossas intervenções.

Este estágio foi sem qualquer dúvida, um momento promotor da aquisição de competências neste âmbito, tendo sido ainda mais enriquecedor por ser tutelado por um EE em EMC, que enquanto agente de proteção civil, nos elucidou de forma clara e objetiva, as funções que um EE tem neste campo de ação, no que concerne à fase de planeamento e respostas efetivas, perante este tipo de situações.

Do decurso deste mestrado foi possível participarmos num exercício à escala real, num Aeroporto Internacional (Anexo 13). Neste exercício foi simulado o rapto de um avião, onde ocorreram explosões no dispositivo, sendo possível aplicar na prática a metodologia da triagem START⁷ e conhecimentos adquiridos no curso de VMER (Anexo 18), e mais especificamente nos módulos de emergências de trauma e de transporte de doente crítico e situações de exceção (Anexos 19 e 20).

Durante o decurso do EF, estava ainda planeada a realização do curso MRMI⁸ que, infelizmente foi cancelado por questões relacionadas com a pandemia. Contudo, este curso será concretizado brevemente, encontrando - se agendado para próximo mês de maio, sendo este fundamental para a consolidação de competências nesta área. A título elucidativo, informamos que o referido curso é uma formação diferenciada destinada aos intervenientes na resposta a um acidente grave ou catástrofe (cenário multivítimas), nos diferentes níveis de atuação (estratégico, tático e manobra), com vista a

⁷ START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

⁸ MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

testar os mecanismos de gestão de emergência.

Por fim, importa ainda destacar que, a nível profissional, durante o decurso deste mestrado, devido à situação pandémica que vivíamos, foram muitos os desafios que tivemos de enfrentar e superar e que se constituíram fulcrais para este processo de aquisição e desenvolvimento de competências, especialmente na resposta a situações de exceção. Neste contexto, foi proposto à estudante colaborar na transformação de um serviço (Cirurgia de Ambulatório), convertendo-o numa UCI não COVID, uma vez que devido ao aumento exponencial de casos COVID – 19 era necessário aumentar o número de vagas em UCI, para doentes com infeção por SARS-CoV-2. Este foi um processo altamente complexo e que exigiu uma execução em tempo *record*. Para além disso, a estudante foi nomeada para assumir a chefia de uma das equipas de enfermagem que fez parte desta “nova” UCI, em que os restantes elementos da equipa eram enfermeiros do serviço de Cirurgia de Ambulatório, sem qualquer experiência prévia em cuidados intensivos. Neste contexto desafiante, a estudante para além de assumir funções de liderança teve ao mesmo tempo, de assumir a responsabilidade de integrar e formar os restantes elementos da equipa de enfermagem, para os capacitar minimamente na prestação de cuidados ao doente crítico. Esta experiência foi revestida de inúmeras dificuldades, mas foi ao mesmo tempo, altamente enriquecedora para o crescimento a nível pessoal e profissional e para a aquisição de competências em situações de exceção, perspetivando desse modo transformar as dificuldades sentidas em oportunidades e em ganhos efetivamente adquiridos.

De acordo com a OE (2018), o EE deve também assegurar a eficiência dos cuidados, diagnosticando precocemente indícios de prática de crime e preservando os seus vestígios, encaminhando os casos para entidades competentes. Verificamos que no CH existem diferentes comissões, entre as quais a EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, que tem várias competências das quais destacamos as seguintes: fomentar a formação e preparação dos profissionais, nesta matéria e prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde, no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos. No decurso do EF, tal como já foi referido anteriormente, foi possível identificar uma situação em que se suspeitou de o utente ser vítima de violência doméstica. Este caso foi referenciado à assistente social que por sua vez, o reencaminhou e o expôs aos organismos competentes e responsáveis pela apuração e avaliação dos factos, constatando-se a veracidade da suspeita inicial, mostrando assim a importância crucial da nossa intervenção. Felizmente, de acordo com informação dada pela enfermeira supervisora, a ocorrência deste tipo de situações é pontual, pelo que assim, quando estas ocorrem, os profissionais desconhecem como intervir, identificando -se necessidades formativas nesta área. Neste âmbito, observamos ainda que, a norma hospitalar relativa ao abuso sexual de adultos se encontra desatualizada, necessitando de ser atualizada e reformulada.

Perante tudo o que foi exposto, consideramos ter adquirido claramente esta competência.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

As IACS são um grave problema na área da saúde, com crescente importância a nível mundial nas últimas décadas, sendo consideradas pela OMS, um problema de saúde pública, que condiciona a qualidade dos cuidados de saúde prestados, ameaçando a sua segurança. Esta problemática tem um impacto significativo nos doentes, nas instituições de saúde e na comunidade, pois, para além de contribuírem para o aumento do tempo de internamento, contribuem também para o aumento das taxas de mortalidade e morbidade, e consequentemente para o crescimento dos custos em saúde, com impacto relevante a nível socioeconómico (DGS, 2017c; DGS, 2018b).

Posto isto, importa compreender o conceito de IACS. Estas são definidas como infeções adquiridas pelos doentes, que resultam dos cuidados e procedimentos de saúde que lhes são prestados (*World Health Organization*, 2011).

As IACS são, portanto, um problema presente em qualquer instituição de saúde, contudo estudos internacionais indicam que cerca de um terço das IACS podem ser evitáveis, pelo que é fundamental a implementação de estratégias para a sua prevenção e redução (DGS, 2007; DGS, 2018b). Nesse sentido, nos últimos anos, a crescente preocupação com o controlo da infeção por parte das entidades nacionais e internacionais levou ao desenvolvimento de estratégias e orientações no combate ao aumento das IACS. Por conseguinte, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro, o PPCIRA surgiu em 2013, como forma de responder à necessidade evidente de fazer uma abordagem objetiva ao crescente número de IACS e à resistência aos antimicrobianos, tendo como alvo a diminuição da incidência destas infeções a nível nacional, bem com a redução da resistência a antimicrobianos (MS, 2013; DGS, 2018b). Estima-se que até 2050, mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo poderão morrer devido às resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2019).

No que concerne ao doente crítico, esta problemática assume particular importância, quer pela

situao vulnerável em que este doente se encontra, quer também pela complexidade inerente aos cuidados de saúde que, este tipo de doente exige. Segundo a *European Centre for Disease Prevention and Control* [ECDC] (2019), os múltiplos contextos de cuidados aos doentes críticos e a complexidade das situaoes, exigem o recurso a inúmeras medidas invasivas de diagnóstico e tratamento e o uso constante e repetido de antibióticos para a manuteno das funoes vitais do doente, o que acarreta o risco acrescido de infeoes e o conseqente aumento da prevalência das IACS. Este organismo faz ainda referência   importância que a implementao de programas de preveno e controlo de infeo têm para a preveno de IACS, assegurando que a maior parte destas infeoes poderiam ter sido evitadas.

Neste campo de ao, os enfermeiros, como profissionais de saúde com o contacto mais próximo e permanente com os doentes, nos diferentes contextos de cuidados de saúde, assumem um papel preponderante na preveno de IACS e na conseqente melhoria da qualidade e segurana dos cuidados (ICN, 2019). Assim, encontra-se estabelecido pela OE (2018), que neste contexto, o EE em EMC deve apresentar uma atitude ativa e eficaz na preveno e controlo de infeo, tendo em considerao o elevado

(...) risco de infeo face aos múltiplos contextos de atuao, à complexidade das situaoes e   diferenciao dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manuteno de vida da pessoa em situao crítica e ou falência orgânica (...) (p.19364).

Importa referir que, para o desenvolvimento das competências supramencionadas os conhecimentos adquiridos na UC EMC 5 foram um alicerce fundamental, bem como o trabalho desenvolvido neste âmbito, em que elaboramos um plano de preveno e controlo de infeo, relativo   preveno de um microrganismo epidemiologicamente significativo. Este trabalho, embora acad mico, pode perfeitamente ser aplicado na prática clínica, em contexto real.

Ao longo do EF, consideramos também imprescindível consultar e analisar alguns documentos nacionais e internacionais importantes sobre esta temática, nomeadamente, as principais orientaoes emanadas pela OMS, pelo ECDC, e também as diretivas e normas da DGS. J  no local onde decorreu o estágio, procedemos à consulta das normas de procedimentos e protocolos de atuao institucionais, de modo a podermos agir em conformidade. A consulta e análise dos documentos referidos, foram fundamentais para uma prática clínica fundamentada, com traduo na qualidade dos cuidados prestados. Durante este estágio, foi ainda possível realizar um estágio observacional no GCL – PPCIRA do CH, cuja experiência será abordada ao longo desta reflexo .

O SUMC, por ser a “porta de entrada” do hospital, com elevada afluência e rotatividade de doentes

e muitas vezes, com a necessidade de dar resposta imediata a situações emergentes, nas quais prevalece o valor da vida, pode ser um local propício ao incumprimento de algumas precauções básicas dos cuidados de saúde. Apesar desta realidade, no decurso do EF procuramos sempre prestar cuidados seguros, respeitando o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, não descurando igualmente as medidas de proteção individual.

Contudo, este SU tem algumas particularidades que condicionam o cumprimento de algumas recomendações, identificando-se alguns problemas nesta matéria. A título de exemplo, salientamos a problemática identificada na área de Decisão Clínica, onde geralmente o número de doentes alocados em maca naquele espaço, excede a sua capacidade de lotação, pelo que a distância entre macas é inaceitável, aumentando o risco de infeções cruzadas. Esta, é uma realidade conhecida pelo CA desta instituição hospitalar, existindo mesmo uma circular normativa que prevê a obrigatoriedade de os serviços de internamento darem resposta perante a ocorrência desta situação. Por sua vez, geralmente os serviços de internamento também se encontram lotados pelo que, o problema persiste. Consideramos que o serviço de Hospitalização Domiciliária poderá ser uma mais-valia para ajudar a colmatar esta situação.

Relativamente ao cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção e das Precauções Baseadas na Via de Transmissão procuramos, no decurso do estágio ter uma atitude proactiva, quer no desempenho das nossas funções, quer na supervisão dos nossos pares, sendo possível sensibilizá-los para a adesão a estas boas práticas, através de críticas construtivas e conhecimentos fundamentados.

Ainda no SUMC, foi possível acompanhar o elo de ligação à Comissão de Infeção, durante a realização de observações/auditorias ao cumprimento dos profissionais na higiene das mãos. Tendo em conta o plano de contingência de Inverno, foi ainda possível também, debater com o enfermeiro gestor as melhores estratégias para implementar no SU, um circuito para o doente do foro respiratório *versus* doente com infeção por SARS-CoV-2, pois, até à data todos os doentes do foro respiratório seguiam o circuito COVID – 19 e essa situação iria tornar-se incomportável no Inverno, pela necessidade de aumentar a dotação para alocar doentes dessa tipologia, já que, nessa época do ano existe uma grande afluência de doentes com patologias do foro respiratório, ao SU.

Em relação ao PIP desenvolvido durante o estágio, consideramos que este dá resposta a esta competência, por vários motivos. O doente com sépsis e/ou choque séptico é considerado um doente crítico e, portanto, vulnerável a contrair infeções. Por outro lado, face à gravidade da situação, este exige cuidados complexos, com recurso a múltiplas medidas invasivas, que aumentam o risco de infeção. Assim, a implementação deste PIP pretende não só aumentar a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente com sépsis, através na uniformização de procedimentos, bem como,

também esperamos que futuramente possa contribuir, para a diminuição da taxa de resistência a antimicrobianos, pois é similarmente neste sentido, que protocolos de VVS se tornam cada vez mais emergentes. Por conseguinte, salientamos que na norma da DGS nº 10/2016 existem tabelas com recomendações de antibióticos a implementar, de acordo com a especificidade de cada situação. Por sua vez, as *bundles* relativas á sépsis, que também foram tidas em conta na elaboração do PIP, recomendam que sejam feitas colheitas de sangue para hemoculturas, preferencialmente antes da administração de antibióticos, para que, posteriormente seja possível adequar o antibiótico ao agente infeccioso e com isso, diminuir a resistência aos antimicrobianos.

Relativamente ao estágio observacional no GCL – PPCIRA do CH, este decorreu durante o período do EF, com a duração de 8h, onde foi possível acompanhar o trabalho desenvolvido por duas enfermeiras deste serviço.

Este GCL – PPCIRA, que opera em todo o CH, articula-se estreitamente com o Grupo de Coordenação Regional. O trabalho desenvolvido por este GCL está essencialmente, assente em quatro pilares: formação, vigilância, apoio aos serviços e emanação de orientações. Foi nos referido que, devido à situação pandémica, algumas das atividades planeadas, previamente no plano de ação não se tinham concretizado e outras ainda se encontravam bastante atrasadas. Tendo em conta este aspeto, o relatório anual de atividades, relativo ao ano 2021 ainda não se encontrava elaborado. No entanto, apesar das questões relacionadas com a pandemia absorverem quase todo o tempo destes profissionais, estes continuam a dar resposta a alguns projetos, nomeadamente: vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea e vigilância e notificação de infeções causadas por microrganismos epidemiologicamente significativos. Importa referir que, sempre que é identificado algum agente infeccioso multirresistente é criado um alerta no S-Clinic®, ficando visível para todos os profissionais, de modo que estes possam agir em conformidade, adotando práticas seguras. Em relação à formação nesta área, que era assegurada por esta equipa, a mesma apenas se está a realizar para novos funcionários que integrem o CH, contudo, sempre que um serviço solicita apoio ou esclarecimento de dúvidas, estes profissionais encontram-se disponíveis para colaborar.

Este estágio observacional, embora curto, foi bastante enriquecedor, na medida em que nos proporcionou a aquisição de novos conhecimentos nesta área e nos permitiu compreender a importância que este grupo de trabalho apresenta, no seio de uma instituição de saúde, contribuindo significativamente para a aquisição de competências neste âmbito.

Pela fundamentação descrita e tendo também em conta a nossa experiência profissional e a existência de conhecimentos prévios nesta área, consideramos ter consolidado com sucesso a aquisição da competência em análise.

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados de enfermagem exige a aquisição e atualização constante de conhecimentos teóricos fundamentados e a sua transposição para a prática clínica, com vista à obtenção da excelência no “cuidar”.

A aprendizagem é um processo contínuo e dinâmico que, tem início académico e desenvolve-se ao longo da prática clínica, sendo estes, dois processos com uma correlação imprescindível para a aquisição e desenvolvimento de competências, na prática de enfermagem, permitindo uma prática teoricamente sustentada. Aprender é um processo que implica dificuldades e novos desafios e que por isso, requer empenho e dedicação e uma atitude ativa e participativa daquele que se predispõe a adquirir novos conhecimentos. Assim, foi com o objetivo de aprofundar conhecimentos e de adquirir novas competências e de consolidar outras já existentes, que se deu o ingresso neste curso de mestrado.

A elaboração do presente relatório é o *términus* de uma etapa do processo de aprendizagem que possibilitou fazer uma análise minuciosa de todo o percurso formativo, no âmbito deste Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC – PSC, dando-se especial enfoque à UC EF, onde foi possível mobilizar e alicerçar os conhecimentos decorrentes do percurso académico e da experiência profissional e integrá-los na prática clínica. Deste modo, foi realizada a descrição, análise e reflexão de todas as atividades desenvolvidas, objetivando-se a certificação do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC e também de mestre em Enfermagem.

Inicialmente consideramos pertinente fazer a apreciação do contexto clínico onde decorreu o EF, na qual foi feita a sua caracterização global, que permitiu constatar que este SU era o contexto ideal para a realização do EF e para a aquisição e desenvolvimento das competências anteriormente referidas. Com vista a complementar o processo de desenvolvimento e aquisição das competências específicas, nesta área de especialização, na sua plenitude, foram também realizados estágios observacionais num CMPCOS e num GCL – PPCIRA.

Este percurso formativo foi pautado por uma permanente pesquisa de evidência científica, onde se destaca a realização de uma revisão *scoping*, que permitiu dar suporte ao desenvolvimento do PIP. No que respeita ao modelo teórico e conceptual, elegemos o MMPBE de Larrabee para fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências e para dar alicerce ao PIP.

O projeto desenvolvido, intitulado por “Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico”, insere-se na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida e foi desenvolvido e estruturado com recurso MTP, fazendo-se a interligação com o MMPBE.

Ambos os modelos adotados são promotores da investigação em saúde e da PBE, focados em necessidades reais da população e na sua resolução. Assim, após a identificação da problemática, que estava relacionada com a inexistência da implementação da VVS, no contexto clínico onde decorreu o estágio, procedemos ao desenvolvimento do PIP que objetivou a construção de um Protocolo de Atuação da VVS.

É de salientar que a sépsis é uma emergência médica, que requer reconhecimento e tratamento precoce, existindo evidência científica de que o início atempado do seu tratamento está associado a uma redução significativa na morbilidade e na mortalidade, bem como nos custos em saúde. O diagnóstico precoce de sépsis é o principal ponto de partida para se iniciar o protocolo de atuação da VVS, sendo o momento de triagem crucial neste processo. Em Portugal, desde 2010 que se encontra estipulado pela DGS que devem ser adotados protocolos de VVS nos SU, que possibilitem a deteção e intervenção precoce perante casos suspeitos de sépsis.

Os protocolos de atuação revestem-se de enorme importância, na medida em que permitem a uniformização de procedimentos e dão suporte ao processo de tomada de decisão, permitindo aos profissionais do SU, onde o afluxo de pessoas geralmente é elevado, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às suas necessidades. Neste sentido, consideramos que o trabalho desenvolvido, através da implementação de um protocolo de atuação, é um marco fundamental para melhorar a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados ao doente crítico com sépsis e/ou choque séptico admitido no SU, visando a prestação de cuidados à luz da melhor e mais recente evidência científica, com consequente aumento dos ganhos efetivos em saúde.

Surgiram algumas limitações no decurso do desenvolvimento do PIP, nomeadamente a escassez de estudos sobre esta temática em Portugal e a desatualização da norma da DGS referente à VVS. Como limitação mais significativa, salientamos o limite cronológico académico estipulado para implementação do PIP, não sendo possível, por esse motivo testar a fiabilidade e aplicabilidade de nenhum dos instrumentos criados, uma vez que os mesmos aguardam aprovação oficial para implementação.

Contudo, esperamos que seja dada continuidade a este projeto e que este possa servir como ponto de partida para futuras investigações e como meio de comparação, entre outras instituições, para esta problemática.

Os momentos de reflexão sobre a ação permitem contextualizar a prática e atribuir-lhe significado próprio. Assim, a redação deste relatório, permitiu-nos fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC e de mestre em Enfermagem, enquadrado na regulamentação ético-deontológica e legal estabelecida

e ancorado na evidência científica atual, comprovando-se o sucesso no alcance das respectivas competências e a nossa evolu o pessoal e profissional.

Exposto isto, pensamos ter atingido os objetivos traçados para o presente relatório, que culminará com a sua apresenta o em provas públicas.

A concretiza o deste curso de mestrado proporcionou a melhoria das nossas capacidades de reposta   PSC, com o incremento de competências específicas na presta o de cuidados de enfermagem   PSC, nas suas diferentes vertentes. Assim, espera-se que o seu contributo se evidencie numa prática de cuidados especializados e que estes se traduzam na presta o de cuidados de enfermagem seguros e de elevada qualidade.

Consideramos que este não é o fim de um percurso, mas sim o término de uma etapa pois, futuramente, esperamos ter novas oportunidades de aprendizagem e ingressar em projetos nesta área de especializa o que nos permitam desenvolver uma prática de cuidados de excelência, integrando as competências adquiridas na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrie, C., Alberti, C., Chaix-Couturier, C., Azoulay, É., de Lassece, A., Cohen, Y., Meshaka, P., Cheval, C., Thuong, M., Troché, G., Garrouste-Orgeas, M., & Timsit, J.-F. (2005). Epidemiology and economic evaluation of severe sepsis in France: age, severity, infection site, and place of acquisition (community, hospital, or intensive care unit) as determinants of workload and cost. *Journal of Critical Care*, 20(1), 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.10.005>

Almutary, A., Althunayyan, S., Alenazi, K., Alqahtani, A., Alotaibi, B., Ahmed, M., Osman, I. S., Kakpuri, A., Alanazi, A., Arafat, M., Al-Mutairi, A., Bashraheel, F., & Almazroua, F. (2020). National Early Warning Score (NEWS) as Prognostic Triage Tool for Septic Patients. *Infection and Drug Resistance*, Volume 13, 3843–3851. <https://doi.org/10.2147/idr.s275390>

American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7^a ed.). American Psychological Association

Antonelli, M. (2018,). Overview of the Surviving Sepsis Campaign. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/sepsis_meeting-report-2018.pdf

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdiCvHFwDpAvDd>

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

Assembleia da República. (2001). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro.

Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República 1^a série, 181, 8059-8105. https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República 1^a série, 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil.

http://www.prociiv.pt/bk/Lists/Noticias/Attachments/478/PNEPC_2021_Consulta%20P%C3%BAblica.pdf

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company.

Bouso, R. S., Merighi, M. A. B., Rolim, M. A., Riesco, M. L. G., & Angelo, M. (2000). Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 218–225. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342000000200013>

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: revisão da literatura. *Revista Servir*, 59(4), 12-16. <https://doi.org/10.48492/servir024.24024>

Carneiro, A.H., Andrade-Gomes, J. & Póvoa, P. (2016). Novidades na Sépsis com Implicações na Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (1), 44-52. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_44_52.pdf

Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>

Ceitel, M. (2007). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2019). Plano de Atividades e Orçamento 2019. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orçamento.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2020). Plano de Atividades e Orçamento: 2020. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2021^a). Plano de Atividades e Orçamento Triénio 2021-2023. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/PAO-2021-2023.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2021^b). Relatório de Gestão e Contas 2020. http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/CHUA_RGC-2020.pdf

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidacta.

Chamberlain, D. J., Willis, E., Clark, R., & Brideson, G. (2014). Identification of the severe sepsis patient at triage: a prospective analysis of the Australasian Triage Scale. *Emergency Medicine Journal*, 32(9), 690–697. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203937>

Chinn, P. & Kramer, M. (2018). Knowledge development in nursing: (10^a edição). Elsevier – Health Sciences Division.

Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Diário da república, 1^o série, n.º 2, 1-36. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis

Craveiro, I.& Ferrinho, P. (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (19)2, 27 – 37. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101244/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20v19n2a03%20-%20p27-37.pdf>

Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1386–1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República. II série, n.º 153. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de->

[prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx)

Direção Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis. Circular Normativa nº 1, Lisboa. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-01dqsdcqco-de-06012010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017a). Via Verde Sépsis no Adulto. Norma n.º 010/2016, Lisboa. Direção Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. Direção Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde (2018a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n.º 002/2018, Lisboa. Direção Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

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

Direção Geral da Saúde. (2019). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023. “Uma só saúde”. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023-pdf.aspx \(dgs.pt\)](https://www.dgs.pt/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023-pdf.aspx)

European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Annual epidemiological report for 2017. In European Centre of Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-zmalariasurveillance-and-disease-data/annual-epidemiological-reports>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>

Funk, D. J., Parrillo, J. E., & Kumar, A. (2009). Sepsis and Septic Shock: A History. *Critical Care Clinics*, 25(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.12.003>

Gates, N. J., & Sendiack, C. I. (2016). Neuropsychology Supervision: Incorporating Reflective Practice. *Australian Psychologist*, 52(3), 191–197. <https://doi.org/10.1111/ap.12242>

Gonçalves-Pereira, J., Pereira, J. M., Ribeiro, O., Baptista, J. P., Froes, F., & Paiva, J. A. (2014). Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the Intensive Care Unit: the INFAUCI study. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(12), 1308–1315. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12738>

Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência – Manual do formando. 2ª Edição. Braga: Portugal

Guy, L., Cranwell, K., Hitch, D., & McKinstry, C. (2020). Reflective practice facilitation within occupational therapy supervision processes: A mixed method study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(4), 320–329. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12660>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção*. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica.

International Council of Nurses. (2019). Core competencies in disaster nursing: version 2.0. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

Jesus, S. N. (2008). Estratégias para motivar os alunos. *Educação*. Porto Alegre, (31)1, 21-29. https://www.researchgate.net/publication/277069461_Estrategias_para_motivar_os_alunos

Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E., Light, B., Parrillo, J. E., Sharma, S., Suppes, R., Feinstein, D., Zanotti, S., Taiberg, L., Gurka, D., Kumar, A., & Cheang, M. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1589 – 1596. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000217961.75225.e9>

Larrabee, J. H. (2011). Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda.

László, I., Trásy, D., Molnár, Z., & Fazakas, J. (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2015). Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2015/510436>

Leisman, D. E. (2019). Sepsis Presenting in Hospitals versus Emergency Departments: Demographic, Resuscitation, and Outcome Patterns in a Multicenter Retrospective Cohort. *Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12788/jhm.3188>

Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925–928. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>

Levy, M. M., Rhodes, A., Phillips, G. S., Townsend, S. R., Schorr, C. A., Beale, R., Osborn, T., Lemeshow, S., Chiche, J.-D., Artigas, A., & Dellinger, R. P. (2015). Surviving Sepsis Campaign. *Critical Care Medicine*, 43(1), 3 – 12. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000723>

Lopes, A. & Nunes, L (1995). *Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e Ética*. In *Nursing*. (nº 90/91), 10-13.

McDonald, C. M., West, S., Dushenski, D., Lapinsky, S. E., Soong, C., van den Broek, K., Ashby, M., Wilde-

Friel, G., Kan, C., McIntyre, M., & Morris, A. (2018). Sepsis now a priority: a quality improvement initiative for early sepsis recognition and care. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(10), 802–809. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy121>

Mellhammar, L., Linder, A., Tverring, J., Christensson, B., Boyd, J. H., Akesson, P., & Kahn, F. (2020). Scores for sepsis detection and risk stratification – construction of a novel score using a statistical approach and validation of RETTS. *PLOS ONE*, 15(2), 1 – 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229210>

Melo, M., Fernandes, C., Lima, T., & Barbosa. (2009). *Teorias de Enfermagem: Importância da correta aplicação dos conceitos*. *Enfermería Global* (17), 1–9.

Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., ... Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 15423/2013. Diário da República: II série, n.º 229. <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>

Ministério da Saúde (2015a). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, II série, n.º 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Ministério da Saúde. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário Da República, II série, n.º 28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Ministério da Saúde. (2019). Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Nascimento JC, Draganov PB. (2015). History of quality of patient safety. *História da Enfermagem: Revista eletrónica*, 6(2):299-309.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nunes L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos* (17), 3–9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), 187–199. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkDhtxC/?format=pdf&lang=pt>

Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos <https://books.apple.com/pt/book/e-quando-eu-n%C3%A3o-puder-decidir/id1155936218>.

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. (2ª edição). Loures, Portugal. Lusodidacta.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários À Análise de Casos*. (1ª edição), Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I (1). Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 361/2015, Diário da República, II

série, n.º 123. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 10/2017. Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do Colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). 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. Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, II série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Regulamento n.º 743/2019, Diário Da República, II Série, n.º 184. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2017). Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. Relatório da Secretaria. Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273181/B140_12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde (2020). *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.* OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Pedreira, M. d. L. G. (2009). Enfermagem para a segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), v—vi. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000400001>

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(1), 227–235. DOI: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Edição Portuguesa). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitaria: Conceptos, Metodos, Estrategias* (1.ª ed.) Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Clinical Supervision Strategies: Critical-Reflexive Analysis of Practices. *Millenium*, 2(14), 47-55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

Póvoa, P. R., Carneiro, A. H., Ribeiro, O. S., & Pereira, A. C. (2009). Influence of vasopressor 120ampai in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study)*. *Critical Care Medicine*, 37(2), 410–416. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181958b1c>

Presidência do Conselhos de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: Diário da

República, 1ª série, nº157, de 16 de agosto de 2018. 4147-4182.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>

Rhee, C., Kadri, S. S., Danner, R. L., Suffredini, A. F., Massaro, A. F., Kitch, B. T., Lee, G., & Klompas, M. (2016). Diagnosing sepsis is subjective and highly variable: a survey of intensivists using case vignettes. *Critical Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1266-9>

Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), pp. 317-322.

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. d. F. P., Moura, A. A. D., & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

Schirmer, J. (2006). *Ética profissional*. In *Elma*. Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde.

Schneider, F. V. M., Silva, L. A. A. D., Soder, R. M., Silva, S. K. d., & Olivesk, C. C. (2019). Modelos de gestão e estilos de liderança em enfermagem no serviço hospitalar e na atenção básica. In *O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem* 3 (pp. 163–176). Antonella Carvalho de Oliveira. <https://doi.org/10.22533/at.ed.69519120317>

Serviço Municipal de Proteção Civil (2018). Plano de Atividades 2019 da Proteção Civil Municipal de Portimão. Versão 1. <https://www.cm-portimao.pt/documentos/informacoes-uteis/planos-municipais/6846-plano-de-actividades-smpc-2019/file>

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <https://www.sns.gov.pt/chualgarve.min-saude.pt>

Seymour, C. W., Gesten, F., Prescott, H. C., Friedrich, M. E., Iwashyna, T. J., Phillips, G. S., Lemeshow, S., Osborn, T., Terry, K. M., & Levy, M. M. (2017). Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2235 – 2244. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1703058>

Storozuk, S. A., MacLeod, M. L. P., Freeman, S., & Banner, D. (2019). A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses. *Australasian Emergency Care*, 22(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.007>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Thompson, K., Venkatesh, B., & Finfer, S. (2019). Sepsis and septic shock: current approaches to management. *Internal Medicine Journal*, 49(2), 160 – 170. <https://doi.org/10.1111/imj.14199>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Lusociência.

Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos (2.º ciclo). https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi_8tKB6pzxAhWPZMAKHXxDMMQFjAAegQIBBAD&url=http%3A%2F%2Fgdoc.uevora.pt%2F384829&usg=AOvVaw3ZYXgkrXG8kXmrHWh8N--T

Universidade de Évora. (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio – Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. *Diário da República*, II série, n.º 84, 13881 – 13888.

Usman, O. A., Usman, A. A., & Ward, M. A. (2019). Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(8), 1490–1497. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.10.058>

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Lisboa: Edições

Sílabo.

Wang, J.-Y., Chen, Y.-X., Guo, S.-B., Mei, X., & Yang, P. (2016). Predictive performance of quick Sepsis-related Organ Failure Assessment for mortality and ICU admission in patients with infection at the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34(9), 1788 – 1793. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.015>

Williams, J. M., Greenslade, J. H., McKenzie, J. V., Chu, K., Brown, A. F. T., & Lipman, J. (2017). Systemic Inflammatory Response Syndrome, Quick Sequential Organ Function Assessment, and Organ Dysfunction. *Chest*, 151(3), 586 – 596. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.10.057>

World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: *Clean Care is Safer Care*. *World Health Organization*, 34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144030/>

Zanotti-Cavazzoni, S. L. (2008). Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: A trend analysis from 1993 to 2003. *Yearbook of Critical Care Medicine*, 206–207. [https://doi.org/10.1016/s0734-3299\(08\)70579-3](https://doi.org/10.1016/s0734-3299(08)70579-3)

APÊNDICES

Apêndice 1– Proposta de Projeto de Intervenção

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.^a Maria Antónia Costa

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica [REDACTED]

PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica

Unidade Hospitalar de [REDACTED]

Centro Hospitalar [REDACTED]

Discente:

Eunice Martins, m47970

27 de outubro de 2021

Lista de Siglas e Abreviaturas

[AVC] – Acidente Vascular Cerebral

[CH] – Centro Hospitalar

[DGS] – Direção Geral de Saúde

[EAM] – Enfarte Agudo do Miocárdio

[EF] – Estágio final

[EMC – PSC] – Enfermagem Médico – Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

[PIP] – Projeto de Intervenção Profissional

[qSOFA] – *quick Sequential Organ Failure Assessment Score*

[SNS] – Serviço Nacional de Saúde

[SSC] – Surviving Sepsis Campaign

[SU] – Serviços de Urgência

[SUMC] – Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica

[UC] – Unidade Curricular

[VVS] – Via Verde Sépsis

Enf.^a – Enfermeira

Prof.^a – Professora

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção Profissional.....	7
---	---

ÍNDICE

Introdução	1
1. Proposta de Projeto de Intervenção Profissional	2
2. Cronograma de atividades	7
Referências Bibliográficas	9

Introdução

A presente proposta de Projeto de Intervenção Profissional [PIP] surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Estágio Final [EF], parte integrante do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [EMC – PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo de 2021/2022, no 3º semestre. Este projeto será desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto e com a finalidade de obter as competências de mestre em enfermagem.

Segundo Ferrito *et al* (2010) “a metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (p.2). Esta metodologia é assim, promotora de uma prática fundamentada na evidência e é organizada em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados.

O EF decorre no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] da Unidade Hospitalar de [REDACTED], do Centro Hospitalar [REDACTED] [CH [REDACTED]], no período temporal compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, sob a supervisão da Enf.ª especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED] e a orientação da docente Prof.ª Maria Antónia Costa.

Nesta UC espera-se que o estudante desenhe, planei, implemente e avalie um PIP adequado às necessidades do serviço onde o EF decorre, tendo em conta o desenvolvimento das competências comuns e específicas, do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

No decurso do EF foi identificada como problemática a inexistência da implementação da Via Verde Sépsis [VVS], tendo a presente proposta de PIP como tema central a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com sépsis ou choque séptico admitido no SUMC.

Assim, este trabalho tem com objetivo geral apresentar a proposta de PIP. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Apresentar os objetivos da proposta do PIP;
- Descrever as atividades delineadas para a concretização do PIP;
- Apresentar o cronograma de atividades para a concretização do PIP.

Metodologicamente, este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico, exceto nas citações diretas e segue as normas para elaboração, citação e referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association*.

1. Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

Nome do Investigador: Eunice Maria Tiago Martins

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Entidade: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Tema: Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico

Orientação: Enfermeira Especialista Patrícia Pires e Professora Maria Antónia Costa

Serviço: Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] – Unidade de [REDACTED], CH [REDACTED]

RESUMO

A sépsis é considerada uma emergência médica, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Na última década, dados europeus e dos Estados Unidos da América mostram que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas globais de morbidade e mortalidade, com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], ao Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], ao tumor da mama e ao tumor colorretal (Singer et al, 2016; Rhodes, 2017).

Dados nacionais permitem assumir que o mesmo sucede em Portugal. Apesar dos avanços clínicos das últimas décadas, a incidência da sépsis continua a aumentar cerca de 1,5% ao ano. De acordo com a Direção Geral de Saúde [DGS] (2017), este aumento de incidência é justificado pelo envelhecimento da população, pela maior longevidade de doentes crónicos e pela crescente existência de imunossupressão por doença e no maior recurso a técnicas invasivas. Em Portugal, a sépsis adquirida na comunidade é responsável por 22-24% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38%, quase três vezes superior à mortalidade por AVC e a mortalidade nas pessoas com choque séptico atingiu os 49-51% (DGS, 2017).

De acordo com Singer et al (2016), no 3º Consenso Internacional de Definição de sépsis e choque séptico, a sépsis é caracterizada por uma disfunção orgânica resultante de uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infeção.

No consenso supracitado, o choque séptico é um evento que ocorre posteriormente à sépsis e que é definido como um estado de hipóxia celular e tecidual devido ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio, pois existe um aumento do consumo ou um consumo inadequado do mesmo, o que causa alterações metabólicas e circulatórias. Este traduz-se por uma infeção que começa por ser localizada e que é transmitida a outros tecidos através da corrente sanguínea (Mathias et al, 2019).

A sépsis e o choque séptico, continuam a ser um desafio encarado pela comunidade científica

e pelos profissionais de saúde, desde há quase 30 anos. Muito se tem aprendido ao longo destes anos sobre a fisiopatologia da sépsis, sabendo-se que o reconhecimento precoce desta patologia e a implementação atempada de estratégias terapêuticas como a antibioterapia adequada e ressuscitação volémica apropriada são medidas-chave para aumentar a oportunidade de sobrevivência, permitindo não só a diminuição da mortalidade, mas também uma redução significativa dos custos em saúde. Assim, é essencial um esforço global para a sensibilização da população e dos profissionais de saúde (László et al., 2015).

As *guidelines* atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela Surviving Sepsis Campaign [SSC] 2021, enfatizam cada vez mais a importância de que a identificação precoce continua a ser crucial para o tratamento eficaz da sépsis. Estas diretrizes recomendam a utilização de um programa de melhoria de desempenho no atendimento à pessoa com sépsis ou choque séptico, incluindo a utilização de uma ferramenta de triagem sistemática que permita o reconhecimento precoce de pessoas com sépsis, sendo que a novidade nesta atualização, é que não é recomendado o *quick Sequential Organ Failure Assessment Score* [qSOFA], como única ferramenta de triagem (Evans et al., 2021).

Havendo evidência científica de que a eficácia da terapêutica depende da rapidez da sua instituição, o diagnóstico atempado da sépsis e a implementação de protocolos de atuação adequados são imperativos. As Vias Verdes são estratégias organizadas que visam a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando um diagnóstico precoce e um tratamento mais célere e eficaz, com o objetivo de reduzir a mortalidade e sequelas. A VVS visa implementar, em todos os Serviços de Urgência [SU] do Serviço Nacional de Saúde [SNS], um protocolo de identificação rápida e início imediato de estratégias terapêuticas a todas as pessoas com sépsis (Ministério da Saúde, 2019).

De acordo com norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, todos os SU devem implementar a VVS e possuir uma equipa de sépsis, constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro. Nos SU de nível 2 (aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia), as equipas de VVS são constituídas por um médico de medicina intensiva e um enfermeiro com competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica [EMC], na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (DGS, 2017).

O enfermeiro tem um papel crucial na deteção e reconhecimento atempado da sépsis, contribuindo significativamente para o diagnóstico precoce e abordagem terapêutica atempada, com

melhoria do prognóstico e a existência e implementação de protocolos são instrumentos facilitadores neste processo.

No decurso do presente estágio e após auscultar o enfermeiro gestor do serviço e a enfermeira orientadora de estágio, foi detetada a inexistência da implementação da VVS, sendo esta uma problemática identificada neste SU. A mesma foi apresentada e discutida com a professora orientadora para validação da pertinência da temática em causa. Esta realidade condiciona a resposta dos enfermeiros neste contexto, acrescentando-se ainda a isso, a inexistência de um documento institucional que oriente e uniformize a prática. É neste contexto que o enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica, assume um papel elementar na identificação de problemáticas existentes nos serviços, visando a prestação de cuidados à luz da melhor e mais recente evidência científica. O mesmo tem a responsabilidade de disseminar esses conhecimentos pelos restantes elementos da equipa de enfermagem, contribuindo para a aquisição e consolidação de competências dos mesmos.

Neste sentido e com o objetivo de dar resposta a esta problemática, surge a presente Proposta de PIP, desenvolvida no âmbito do EF do Mestrado em Enfermagem Associação, na área de especialidade Enfermagem Médico – Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. Prevê-se a realização deste trabalho, de acordo com a metodologia de projeto, visando a implementação de um protocolo de atuação que promova a melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de saúde prestados ao doente ao doente crítico com sépsis ou choque séptico admitido no SUMC.

Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos para a Proposta do PIP:

OBJETIVO GERAL

- Contribuir para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com sépsis e/ou choque séptico, admitido no SUMC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática;
- Contruir uma proposta de um protocolo de atuação da VVS;
- Elaborar um póster com o protocolo de atuação da VVS;
- Elaborar uma folha de registos da ativação da VVS;
- Definir o circuito de atendimento ao doente com sépsis e/ou choque séptico admitido no SUMC;
- Criar um dossier temático sobre a VVS;

- Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a Sépsis e VVS e apresentar o protocolo criado e seus instrumentos.

CONTEXTO CLÍNICO

Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED].

AMOSTRA

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED] que consentirem livremente, de forma informada e esclarecida, participar no estudo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os enfermeiros que se encontram a desempenhar funções no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED], independentemente do seu grau académico e/ou tempo de experiência profissional no serviço.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todos os outros profissionais de saúde que se encontram a desempenhar funções no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED], que não pertencem à equipa de enfermagem.

ATIVIDADES METODOLÓGICAS

A primeira fase consiste na aplicação de um questionário à equipa de enfermagem com o objetivo de colher dados sociodemográficos, profissionais e académicos para caracterização da mesma e ainda, conhecer a opinião dos enfermeiros desta equipa quanto à pertinência da temática em estudo, tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e a uniformização de procedimentos no atendimento ao utente com sépsis e/ou choque séptico.

A segunda fase compreende a elaboração um protocolo de atuação da VVS e realização de formação aos elementos da equipa de enfermagem, capacitando-os para a utilização deste instrumento.

A terceira fase diz respeito a criação de uma folha de registos da ativação da VVS que permita, posteriormente a monitorização e avaliação da mesma.

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica, profissional e académica e os relativos à validação da pertinência da proposta de projeto de intervenção serão recolhidos através do preenchimento de um questionário pelos elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED].

O questionário supracitado, será organizado em duas secções, em que na primeira secção se pretende fazer a caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos participantes no estudo; a segunda secção é composta por questões relacionadas com a temática em estudo, nomeadamente sobre a validação da pertinência do mesmo.

A aplicação do questionário será prévia ao desenvolvimento da proposta do projeto de intervenção. Após o desenvolvimento do trabalho será dado conhecimento do mesmo à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação em serviço.

QUESTÕES ÉTICAS

No decurso deste estudo os aspetos ético-legais decorrentes da investigação em enfermagem serão assegurados, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos através do questionário. O tratamento destes dados será utilizado exclusivamente pelos investigadores, no âmbito desta investigação. A participação neste estudo é voluntária, pelo que será entregue aos elementos da equipa de enfermagem um consentimento informado, livre e esclarecido.

Elaboração do questionário destinado aos enfermeiros do SUMC;														
Pedido de parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CH■;														
Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora;														
Aplicação do questionário aos enfermeiros do SUMC;														
Recolha e tratamento de dados;														
Realização de análise SWOT;														
Elaboração da proposta de protocolo de atuação;														
Reunião com o enfermeiro chefe do SUMC, com a enfermeira orientadora de estágio e o com os diretores de Serviço do SU e da Medicina Intensiva para validar e reformular a proposta de protocolo de atuação desenvolvido;														
Planeamento da sessão de formação;														
Divulgação da sessão de formação;														
Realização de sessão de formação em serviço aos enfermeiros do SUMC;														
Apresentação da proposta de protocolo de atuação à equipa de enfermagem do SUMC;														
Submissão da proposta de protocolo de atuação a aprovação do Conselho de Administração do CH■;														
Elaboração e entrega de um artigo científico;														
Elaboração do Relatório de Estágio.														

Fonte: Elaboração própria.

Referências Bibliográficas

American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7ª ed.). American Psychological Association.

Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde Sepsis no Adulto, Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde. 1-27. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>

Ferrito, C., Ruivo, A., & Nunces, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*.

László, I., Trásy, D., Molnár, Z., & Fazakas, J. (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2015). Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2015/510436>

Mathias, T., Souza, D., Ikeda, C., & Silva, D. (2019, March). Sepse: uma evolução de conceitos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 03, 32–46. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/sepse-uma-evolucao-de-conceitos>

Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas*.

Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis 9ampaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43(3): 304-377. Disponível em https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx

Singer, Mervyn, Deutschman, Clifford, Seymour, Christopher, Shankar-Hari, Manu MSc, Annane, Djillal, Bauer, Michael, Bellomo, Rinaldo, Bernard, Gordon, Chiche, Jean-Daniel, Coopersmith, Craig, Hotchkiss, Richard, Levy, Mitchell, Marshall, John, Martin, Gr, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *HHS Public Access*, 66(4), 801–811. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

Apêndice 2 – Resumo da Revisão *Scoping*

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.^a Maria Antónia Costa

“A importância das ferramentas de triagem no diagnóstico precoce de Sépsis num Serviço de Urgência”

Revisão Scoping

Discente:

Eunice Martins, m47970

A importância das ferramentas de triagem no diagnóstico precoce de Sepsis num Serviço de Urgência: uma Revisão *Scoping*.

Eunice Tiago Martins ¹, Maria Antónia Costa ²

¹ Estudante do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora.

² Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

RESUMO

Introdução: A sépsis é uma emergência médica, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade e elevados custos em saúde. O seu reconhecimento precoce e tratamento atempado estão associados a melhores *outcomes*, contudo o seu diagnóstico é complexo pelo que, é imperioso a utilização de uma ferramenta de triagem eficaz e com alta sensibilidade, que seja capaz de diferenciar sépsis de outros diagnósticos. **Objetivo:** Identificar qual é a ferramenta de triagem mais sensível para o diagnóstico precoce de sépsis, nas pessoas adultas que recorrem aos serviços de urgência. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão *scoping* de acordo com o modelo do Instituto Joanna Briggs. Para a pesquisa utilizou-se a plataforma EBSCOhost, com limitação temporal de estudos publicados entre os anos 2019 e 2021. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de seis artigos. **Resultados:** Os artigos incluídos nesta revisão demonstram que diversas ferramentas de estratificação de risco têm sido utilizadas para a deteção precoce de sépsis, nos departamentos de emergência e que a sua utilização está associada a melhor prognóstico para os pacientes com sépsis. Os achados deste estudo estão em concordância com literatura relevante produzida sobre a temática. Assim, NEWS foi a ferramenta de triagem tradicional com maior valor preditivo para o diagnóstico de sépsis e qSOFA foi o score com sensibilidade mais baixa, sendo considerada uma ferramenta pobre para o rastreio de sépsis. Outros estudos evidenciaram que, os sistemas de triagem automatizados podem superar as alternativas tradicionais e podem ajudar a identificar rapidamente pacientes com sépsis ou com risco de sépsis, contudo mais estudos são necessários para determinar a melhor maneira de operacionalizar estes sistemas de triagem na prática clínica. **Conclusão:** NEWS, em comparação com as outras ferramentas de triagem mostrou uma maior sensibilidade para identificar casos de sépsis e prever resultados relacionados com esta patologia, no departamento de emergência. No entanto, a sépsis é uma doença dinâmica e qualquer ferramenta que dependa de uma única avaliação de parâmetros fisiológicos pode ter uma precisão limitada para prever a deterioração clínica, pelo que é pertinente e necessário desenvolverem-se novos estudos, com maiores níveis de evidência, para a validação desta ferramenta de triagem, nessa função.

Palavras-Chave: Sepsis; Triagem; Diagnóstico Precoce; Serviço de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: Sepsis is a medical emergency with high morbidity and mortality rates and high health costs. Its

early recognition and timely treatment are associated with better outcomes, however, its diagnosis is complex and therefore, the use of an effective and highly sensitive screening tool capable of differentiating sepsis from other diagnoses is imperative. **Objective:** To identify which is the most sensitive screening tool for early diagnosis of sepsis in adults attending the emergency services. **Methodology:** A scoping review was conducted according to Joanna Briggs Institute model. For the research, the EBSCOhost platform was used, with studies published between 2019 and 2021. The selection was based on the application of inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of six articles. **Results:** The articles included in this review demonstrate that several risk stratification tools have been used for the early detection of sepsis, in emergency departments and their use is associated with better prognosis for patients with sepsis. The results of this study are accordingly the relevant literature produced on the topic. Thus, NEWS was the traditional screening tool with the highest predictive value for the diagnosis of sepsis and qSOFA was the score with the lowest sensitivity, being considered a poor tool for sepsis screening. Other studies have shown that automated screening systems can outperform traditional alternatives and can help to quickly identify patients with or at risk of sepsis, however further studies are needed to determine the best way to implement these screening systems in clinical practice. **Conclusion:** NEWS, compared with other screening tools showed a higher sensitivity to identify cases of sepsis and predict outcomes related to this pathology, in the emergency department. However, sepsis is a dynamic disease and any tool that relies on a single assessment of physiological parameters may have limited accuracy to predict clinical deterioration, so it is relevant and necessary to develop new studies, with higher levels of evidence, for the validation of this screening tool, for this purpose.

Key Words: Sepsis; Screening; Early Diagnosis; Emergency Service.

Apêndice 3– Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, acadêmica e validação da pertinência do projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

QUESTIONÁRIO

O presente questionário visa fazer a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem e avaliar a pertinência do projeto.

SECÇÃO I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X) a(s) sua(s) opção(ões):

1. **Idade:** _____ anos

2. **Género:** Masculino Feminino

3. **Tempo de experiência profissional (anos):**

0-4 5-9 10-14 > 15 anos

4. **Tempo de experiência no SUMC (anos):**

0-4 5-9 10-14 > 15 anos

5. **Habilitações académicas:**

Bacharelato Licenciatura Pós-Graduação

Especialidade Mestrado Doutoramento

6. **Se tem especialidade, indique qual:** _____

SECÇÃO II

VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO

Por favor, assinale com uma cruz (X) a sua opção:

1. Conhece a “Surviving Sepsis Campaign: Internacional Guidelines for management for sepsis and septic shock 2021”?

Sim Não

2. Conhece a norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, relativa à Via Verde Sépsis [VVS] no Adulto?

Sim Não

3. Já realizou algum curso de formação sobre VVS, focando o processo de triagem e de identificação de casos suspeitos de sépsis?

Sim Não

4. Considera importante a implementação da VVS no SUMC?

Sim Não

5. Considera importante a implementação de um protocolo de atuação da VVS para a uniformização da abordagem ao doente com suspeita de sépsis?

Sim Não

6. Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre aspetos relacionados com a VVS para que seja, mais facilmente possível a identificação precoce de casos suspeitos?

Sim Não

7. Considera que a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre a VVS irá permitir a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados?

Sim Não

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice 4 – Consentimento Informado, livre e esclarecido

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO, DE ACORDO COM A NORMA Nº 015/2013 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento. Se concorda com o proposto, queira assinar.

Título do Projeto:

PROCOLO DE ATUAÇÃO DA VIA VERDE SÉPSIS: PRÁTICAS PROMOTORAS DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

Identificação dos Investigadores:

Aluna: Eunice Maria Tiago Martins

Enfermeira Supervisora: Enfermeira Especialista em EMC [REDACTED]

Professora Orientadora: Professora Maria Antónia Costa

Eunice Maria Tiago Martins, enfermeira com a cédula profissional nº 51128, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade Hospitalar de [REDACTED] e aluna do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, encontra-se a realizar o Estágio Final no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] da mesma instituição hospitalar.

No âmbito deste estágio encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional denominado: **“Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico”** sob supervisão clínica da Enf.ª Especialista em EMC [REDACTED] e com a orientação pedagógica da Prof.ª M.ª Antónia Costa, que decorrerá entre outubro de 2021 e janeiro de 2022. A realização e desenvolvimento deste projeto visa melhorar a qualidade e segurança dos cuidados

prestados ao doente com suspeita de sépsis, através da elaboração e implementação de um protocolo de atuação da Via Verde Sépsis [VVS] e formação da equipa de enfermagem do respetivo serviço sobre a VVS

Com o objetivo de validar a pertinência do presente projeto, é imperioso a elaboração de um diagnóstico de situação fidedigno, motivo pelo qual se solicita a colaboração de todos os enfermeiros do SUMC no preenchimento deste questionário.

O documento encontra-se dividido em duas secções distintas, sendo o mesmo composto por questões fechadas de resposta individual. A primeira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de Enfermagem e a segunda secção compreende a apreciação da pertinência do tema em estudo.

Estima-se que o preenchimento do questionário não ultrapasse os 5 minutos.

A participação no estudo é voluntária e é livre de recusar participar ou tem o direito de desistir em qualquer momento, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo. No entanto, é de salientar que o seu contributo é de extrema importância para o desenvolvimento e concretização de projeto onde, se garante o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, não sendo estes utilizados para outros fins que não os descritos neste documento.

Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em solicitar mais informações.

Contacto:

Correio eletrónico: emtmartins@gmail.com

Grata pela sua atenção.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Pede consentimento:

Eunice Maria Tiago Martins (Cédula Profissional nº 51128)

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como todas as informações que me foram transmitidas verbalmente.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar ou desistir participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação.

Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo que os dados que forneço de forma voluntária sejam utilizados, confiando que os mesmos serão apenas utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de anonimato e confidencialidade que me são dadas pelo(a) investigador(a).

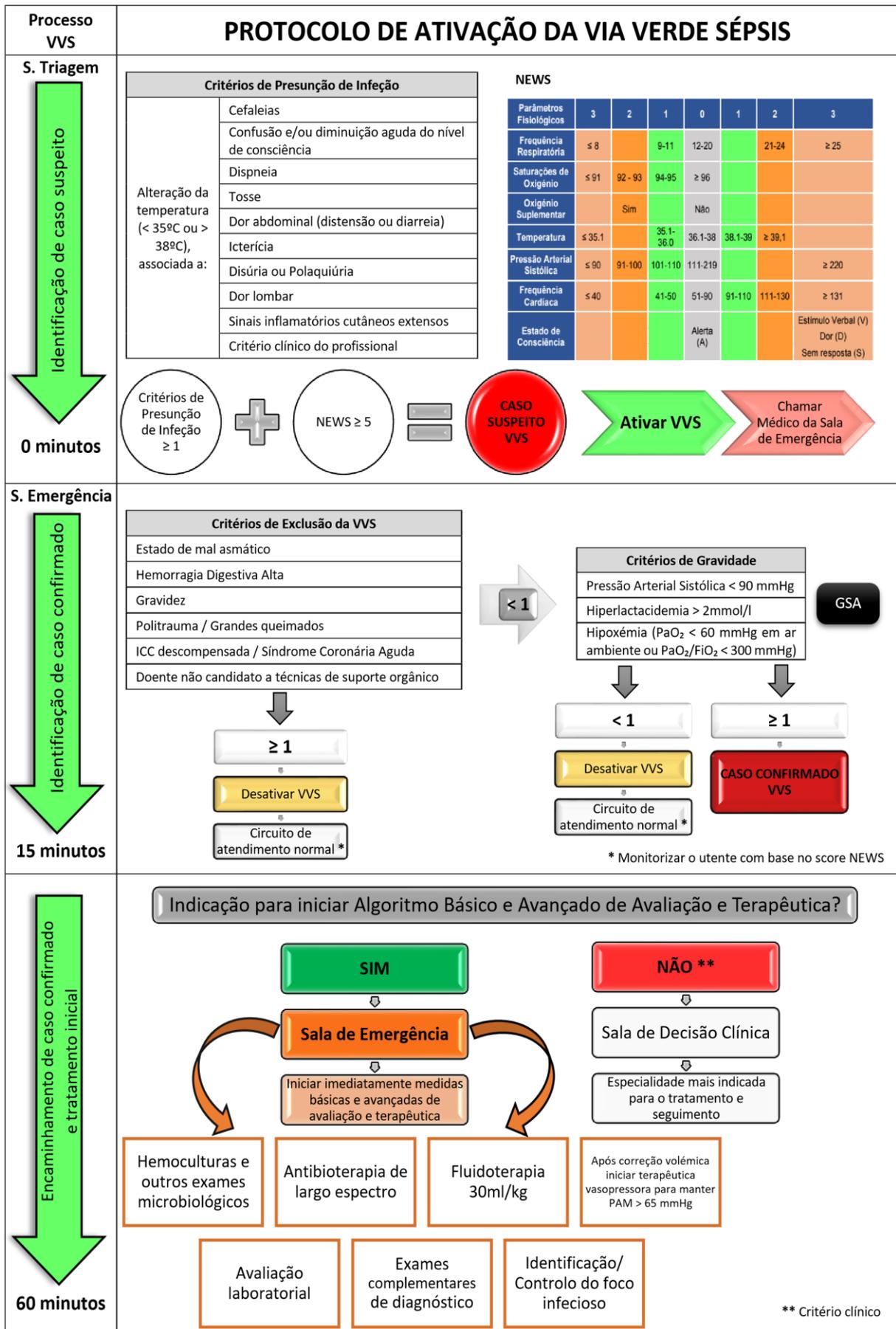
Nome do participante (completo e legível):

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

O presente documento é feito em duplicado: uma via ficará para o investigador e outra via para a pessoa que consente.

Apêndice 5 – Póster do Protocolo de Ativação Via Verde Sépsis e respetivo QR Code



Encaminhamento de caso confirmado e tratamento inicial

Encaminhamento de caso confirmado e tratamento inicial

60 minutos

Indicação para iniciar Algoritmo Básico e Avançado de Avaliação e Terapêutica?

SIM

Sala de Emergência

Iniciar imediatamente medidas básicas e avançadas de avaliação e terapêutica

Hemoculturas e outros exames microbiológicos

Antibioterapia de largo espectro

Fluidoterapia 30ml/kg

Avaliação laboratorial

Exames complementares de diagnóstico

Identificação/Controlo do foco infeccioso

NÃO **

Sala de Decisão Clínica

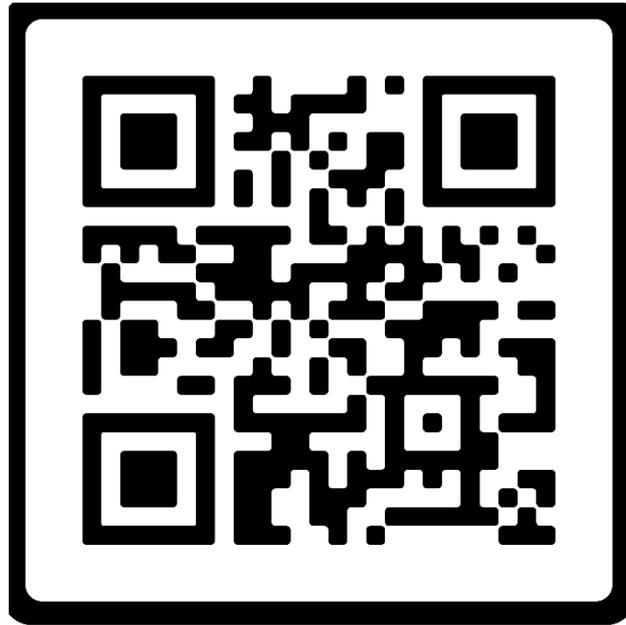
Especialidade mais indicada para o tratamento e seguimento

Após correção volêmica iniciar terapêutica vasopressora para manter PAM > 65 mmHg

* Monitorizar o utente com base no score NEWS

** Critério clínico

PROTOCOLO DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE SÉPSIS



PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO NEWS

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínima de 12 horas	- Manter monitorização de rotina com o NEWS
1 – 4	Baixo	Mínima de 4 a 6 horas	- Informar o enfermeiro responsável de turno - Enfermeiro responsável de turno decide se é necessário aumento da frequência de monitorização o escalamento dos cuidados prestados
5 – 6 ou 3 num parâmetro individual	Médio	Aumentar a frequência para o mínimo de 1 hora	- Enfermeiro responsável pelo doente deve informar o Médico responsável - Observação urgente por um médico com competências em cuidados de saúde diferenciados a doentes agudos - Cuidados de saúde num ambiente com equipamento de monitorização
≥ 7	Alto	Monitorização contínua dos Sinais Vitais	- Enfermeiro responsável deve informar imediatamente a equipa médica responsável pelo doente - Avaliação urgente por uma equipa médica com competências de cuidados intensivos que inclua especialistas em abordagem à via aérea avançada - Considerar a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (nível 2 ou 3)

Apêndice 6 – Proposta final da Folha de Registos da ativação da Via Verde Sépsis

Unidade de
 Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica

Etiqueta de identificação do Utente

FOLHA DE REGISTO VIA VERDE SÉPSIS

NOTIFICAÇÃO CODU: S N Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

TRIAGEM DE MANCHESTER: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO (assinalar com X)

Alteração da temperatura (< 35°C ou > 38°C), associada a:	Cefaleias	
	Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência	
	Dispneia	
	Tosse	
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)	
	Icterícia	
	Disúria ou Polaquiúria	
	Dor lombar	
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	
	Critério clínico do profissional	

NEWS: _____

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturações de Oxigénio	≤ 91	92 - 93	94-95	≥ 96			
Oxigénio Suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤ 35.1		35.1-36.0	36.1-38	38.1-39	≥ 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequência Cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

CASO SUSPEITO (Critérios de Presunção de Infeção ≥ 1 + NEWS ≥ 5): S N

ATIVA VVS: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Enf.º / nº Mec. _____/_____

OBSERVAÇÃO MÉDICA: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (assinar com X)

Doença Cerebrovascular aguda	
Estado de mal asmático	
Hemorragia Digestiva Alta	
Gravidez	
Politrauma / Grandes queimados	
ICC descompensada / Síndrome Coronária Aguda	
Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico	

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE (assinar com X e registar o valor)

Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg		
Hiperlactacidemia > 2mmol/l		
Hipoxémia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg)		

Gasimetria Arterial: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CASO CONFIRMADO (Critérios de Exclusão < 1 + Critérios de Gravidade ≥ 1): S N

CONFIRMA VVS: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Médico / nº Mec. _____/_____

ALGORITMO BÁSICO E AVANÇADO DE AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA:

Fluidoterapia (30 ml/Kg): S N

Hemoculturas: S N Hora: ___h___min

Outros exames microbiológicos: S N Quais: _____

Antibioterapia: S N Hora: ___h___min Qual: _____

Avaliação laboratorial: S N

Exames complementares de diagnóstico: S N Quais: _____

Terapêutica vasopressora: S N Qual: _____

Foco infeccioso presumível: _____

Foco infeccioso identificado: _____

Controlo do foco infeccioso: S N Obs: _____

DESTINO (assinalar com X):

Sala de Decisão Clínica	Bloco Operatório	
UIDA	Falecido	
UCIP	Outra Unidade Hospitalar *	

*Qual: _____ Serviço: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Apêndice 7 – Proposta final do Protocolo de Atuação da Via Verde Sepsis

	PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO	Nº /CH [REDACTED]-UH [REDACTED] Data: Janeiro 2022	Página 1/17
ASSUNTO: CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR [REDACTED] CENTRO HOSPITALAR [REDACTED]		ELABORADO POR: Enf.ª Eunice Martins REVISTO POR: Enf.ª [REDACTED] VALIDADO POR: Dr. [REDACTED] (Diretor SUMC) Dr. [REDACTED] (Diretor UCIP [REDACTED]) Enf.ª [REDACTED] Janeiro 2022	
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Quadro de Referências – Protocolos		APROVADO POR: Conselho de Administração do [REDACTED] Em: __/__/__	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Via Verde; Sépsis		Janeiro 2023	

0. POLÍTICA E DEFINIÇÃO

Este protocolo é obrigatório e aplica-se ao Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC], da Unidade Hospitalar de [REDACTED] do CH [REDACTED].

Tem como base um conjunto de regras e procedimentos a cumprir e a executar, relativamente ao circuito do doente com suspeita de sépsis ou choque séptico.

1. OBJETIVOS

O presente protocolo de atuação foi elaborado com o objetivo de melhorar o atendimento ao utente com suspeita de sépsis ou choque séptico no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica, permitindo:

- Uniformizar os procedimentos na avaliação do utente com suspeita de sépsis ou choque séptico;
- Identificar e tratar precocemente casos de sépsis ou choque séptico;
- Encaminhar adequadamente o utente com sépsis ou choque Séptico.

CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE [REDACTED]	Nº /CH [REDACTED]-UH [REDACTED] Data: Janeiro 2022	Página 2/17
--	---	----------------

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÕES

A sépsis é considerada uma emergência médica, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Na última década, dados europeus e dos Estados Unidos da América mostraram que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas globais de morbidade e mortalidade, com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral, ao Enfarte Agudo do Miocárdio, ao tumor da mama e ao tumor colorretal (Singer *et al*, 2016; Rhodes, 2017).

Dados nacionais permitem assumir que o mesmo sucede em Portugal. Apesar dos avanços clínicos das últimas décadas, a incidência da sépsis continua a aumentar cerca de 1,5% ao ano. De acordo com a Direção Geral de Saúde (2017), este aumento de incidência é justificado pelo envelhecimento da população, pela maior longevidade de doentes crónicos e pela crescente existência de imunossupressão por doença e no maior recurso a técnicas invasivas. Em Portugal, a sépsis adquirida na comunidade é responsável por 22-24% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38%, quase três vezes superior à mortalidade por AVC, com uma mortalidade nas estimada por choque séptico de 49-51% (DGS, 2017).

Em 2016, o conceito de sépsis e choque séptico foi atualizado, no 3º Consenso Internacional para a definição de sépsis e choque séptico. Definindo-se:

- **Sépsis** como uma disfunção orgânica com risco de vida, resultante de uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infeção (Singer *et al*, 2016).
- **Choque séptico** como um evento que ocorre posteriormente à sépsis e que é definido como um estado de hipóxia celular e tecidual devido ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio, pois existe um aumento do consumo ou um consumo inadequado do mesmo, o que causa alterações metabólicas e circulatórias. Este traduz-se por uma infeção que começa por ser localizada e que é transmitida a outros tecidos através da corrente sanguínea (Singer *et al*, 2016; Mathias *et al*, 2019).

A sépsis e o choque séptico continuam a ser um desafio encarado pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde desde há quase 30 anos. O reconhecimento precoce desta patologia e a implementação atempada de estratégias terapêuticas como a antibioterapia adequada e ressuscitação volémica apropriada são medidas-chave para aumentar a oportunidade de sobrevivência, permitindo não só a diminuição da mortalidade, mas também uma redução significativa dos custos em saúde. Assim, é essencial um esforço global para a sensibilização da população e dos profissionais de saúde (László *et al.*, 2015).

As *guidelines* atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela Surviving Sepsis Campaign 2021, enfatizam cada vez mais a importância da identificação precoce como crucial para o tratamento eficaz da sépsis. Estas diretrizes recomendam a utilização de um programa de melhoria de desempenho no atendimento à pessoa com sépsis ou choque séptico, incluindo a utilização de uma ferramenta de triagem sistemática que permita o reconhecimento precoce de pessoas com sépsis (Evans *et al.*, 2021).

As ferramentas de triagem para a sépsis são projetadas com o objetivo de promover a identificação precoce da sépsis e consistem em métodos manuais ou informatizados. Uma nova recomendação das *guidelines* supracitadas é o uso de um programa de melhoria de desempenho, incluindo uma ferramenta de triagem, como a Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica [SIRS], o *National Early Warning Score* [NEWS] ou *Modified Early Warning Score* [MEWS], em vez do quick Sequential Organ Failure Assessment Score [qSOFA] (Evans *et al.*, 2021).

A ferramenta de triagem selecionada para elaboração deste protocolo de atuação foi o *National Early Warning Score* [NEWS]. Este sistema de alerta precoce é validado como indicador de risco de deterioração clínica e mortalidade, que em comparação com as outras ferramentas de triagem mostrou uma maior sensibilidade na previsão do risco geral assim como para a identificação precoce da sépsis. O NEWS é identificado como um sistema de pontuação com alto desempenho e facilmente calculável no momento da triagem, não dependendo de resultados laboratoriais (Almutary *et al.*, 2020; Usman, O., Usman, A., & Ward, A., 2019).

Este inclui a avaliação de sete parâmetros: frequência respiratória; saturação de oxigénio; utilização de oxigénio suplementar; temperatura; frequência cardíaca e estado de consciência (tabela 1 do apêndice II). Como se pode ver na tabela 2 do apêndice II, a pontuação pode variar de 0 a 20 e de acordo com a pontuação obtida, o sistema NEWS estratifica o risco clínico em baixo, médio e alto, e presume critérios de ativação de respostas clínicas, permitindo um escalonamento de cuidados de acordo com o risco clínico identificado (Luís, 2014). Segundo Almutary *et al* (2020), uma pontuação NEWS ≥ 5 é sensível para prever casos de sépsis, pelo que um utente com suspeita de infeção e com um NEWS ≥ 5 deve ser identificado como caso suspeito.

De acordo com norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, todos os serviços de urgência devem implementar a Via Verde Sépsis [VVS] e possuir uma equipa de sépsis, constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro. Nos serviços de urgência de nível 2 (aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia), as equipas de VVS são constituídas por um médico de medicina intensiva e um enfermeiro com competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (DGS, 2017).

As Vias Verdes são estratégias organizadas que visam a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando um diagnóstico precoce e um tratamento mais célere e eficaz, com o objetivo de reduzir a mortalidade e sequelas. A VVS visa implementar, em todos os serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, um protocolo de identificação rápida e início imediato de estratégias terapêuticas a todos as pessoas com sépsis (Ministério da Saúde, 2019).

Assim, para esta via verde a norma supracitada define quatro etapas sequenciais:

- Etapa 1: Identificação precoce de caso suspeito VVS;
- Etapa 2: Identificação de caso confirmado de VVS;
- Etapa 3: Cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
- Etapa 4: Cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE	Nº /CH- UH Data: Janeiro 2022	Página 5/17
--	---	------------------------------

Desta forma e havendo evidência científica de que a eficácia da terapêutica depende da rapidez da sua instituição, o diagnóstico atempado da sépsis e a implementação de protocolos de atuação adequados são imperativos. Assim, o presente documento pretende dar a conhecer o circuito de encaminhamento do utente com suspeita de sépsis ou choque séptico no serviço de urgência, estruturado de acordo a norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, com adaptações feitas tendo por base as *guidelines* atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela Surviving Sepsis Campaign em outubro de 2021.

3. ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO E ENCAMINHAMENTO DO UTENTE

A – QUEM EXECUTA

- O enfermeiro;
- O médico.

B – HORÁRIO

- De acordo com a orientação do protocolo;
- Segundo prescrição médica.

C – DESCRIÇÃO

1ª ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO VVS

- Após a admissão, o utente será avaliado pelo enfermeiro triador que fará a avaliação sistemática da triagem de prioridades de Manchester.
- No local onde decorre a triagem, para além da triagem de Manchester, o enfermeiro triador deve verificar se o utente apresenta **critérios de presunção de infeção** (tabela 1):

Tabela 1 - Critérios de Presunção de Infecção	
Alteração da temperatura (< 35°C ou > 38°C), associada a:	Cefaleias
	Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
	Dispneia
	Tosse
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)
	Icterícia
	Disúria ou Polaquiúria
	Dor lombar
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos
	Critério clínico do profissional

- A presença de um ou mais critérios de presunção de infecção deve motivar a avaliação obrigatória do **National Early Warning Score [NEWS]** (tabela 2).

Tabela 2 - *National Early Warning Score*

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

- Caso o utente apresente **NEWS ≥ 5**, o mesmo deve ser identificado como **caso suspeito VVS** e o enfermeiro triador deve ativar a VVS, chamar o médico da Sala de Emergência e iniciar os registos em folha indicada (Apêndice III).
- Caso o utente apresente **NEWS < 5** a VVS não é ativada e o utente deve ser monitorizado de acordo com a estratificação de risco identificado pelo score NEWS (Apêndice II – Tabela 2).

2ª ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE CASO CONFIRMADO VVS

- A avaliação médica tem como objetivo confirmar a suspeição clínica de infeção, verificar a ausência de **critérios de exclusão** (tabela 3) e avaliar a presença de **critérios de gravidade** (tabela 4).

Tabela 3 - Critérios de Exclusão da VVS
Estado de mal asmático
Hemorragia Digestiva Alta
Gravidez
Politrauma / Grandes queimados
ICC descompensada / Síndrome Coronária Aguda
Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico

Tabela 4 - Critérios de Gravidade
Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
Hiperlactacidemia > 2mmol/l
Hipoxémia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg)

- Caso o utente apresente um ou mais critérios de exclusão deve proceder-se à desativação da VVS e o utente segue o circuito de atendimento normal, sendo monitorizado de acordo com a estratificação de risco identificado pelo score NEWS (Apêndice II – Tabela 2).
- Caso o utente não apresente nenhum critério de exclusão o médico deve realizar uma colheita de sangue arterial para gasometria arterial, com a finalidade de identificar a existência ou não de critérios de gravidade.
- Se o utente não apresentar nenhum critério de gravidade deve proceder-se à desativação da VVS e o utente segue o circuito de atendimento normal, sendo monitorizado de acordo com a estratificação de risco identificado pelo score NEWS (Apêndice II – Tabela 2).

- Caso o utente apresente pelo menos um critério de gravidade, estamos perante um **caso confirmado VVS**.
- O médico deve proceder à confirmação da ativação da VVS, encaminhar adequadamente o utente e iniciar os registos em folha indicada (Apêndice III).

3ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

- Caso o utente não tenha indicação para iniciar o algoritmo básico e avançado de avaliação e terapêutica, este é encaminhado pelo médico para a Sala de Decisão Clínica, ao cuidado da especialidade mais indicada para o tratamento e seguimento e o utente deve ser monitorizado de acordo com a estratificação de risco identificado pelo score NEWS (Apêndice II – Tabela 2).
- Caso o utente tenha indicação para iniciar o algoritmo básico e avançado de avaliação e terapêutica, este é encaminhado pelo médico para a Sala de Emergência, após contacto prévio com o enfermeiro escalado neste posto.
- Na Sala de Emergência, assim que o enfermeiro toma conhecimento que se trata de um caso confirmado VVS inicia as seguintes intervenções, sem aguardar pela formalização das respetivas prescrições:
 - a) Avaliar e monitorizar continuamente os sinais vitais do utente;
 - b) Estabelecer um ou dois acessos venosos e iniciar uma solução cristalóide ao ritmo de 30ml/kg, se hipotensão ou lactatos ≥ 4 mmol/l.
 - c) Efetuar colheita de sangue para duas hemoculturas, de acordo com norma de procedimento em vigor na instituição;
 - d) Efetuar colheita de sangue para avaliação laboratorial (hemograma, coagulação e bioquímica);
 - e) Estabelecer cateterização vesical para controlo horário do débito urinário;
 - f) Efetuar colheitas para outros exames microbiológicos:
 1. Urina para urocultura se foco de infeção urinário presumível;
 2. Secreções se foco de infeção respiratório presumível;
 3. Outros fluidos. Caso esteja indicado.

CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE [REDACTED]	Nº /CH [REDACTED]-UH [REDACTED] Data: Janeiro 2022	Página 9/17
---	---	------------------------

- A antibioterapia deve ser administrada, de acordo com prescrição clínica, o mais rápido possível, idealmente no prazo máximo de uma hora após o reconhecimento da sépsis.
- A realização das intervenções anteriormente descritas não podem, nem devem atrasar o início da antibioterapia.
- Se hipotensão persistente após correção volémica, iniciar terapêutica vasopressora, de acordo com prescrição clínica, para PAM \geq 65 mmHg de modo a assegurar a perfusão tecidual;
- Devem ser realizados exames complementares de diagnóstico pertinentes para a identificação precoce do foco infeccioso.
- Embora as medidas de controlo do foco infeccioso possam ser proteladas até às 6h após o diagnóstico de sépsis, privilegiando-se o início da antibioterapia e a estabilização hemodinâmica, poderão surgir situações que impliquem atuação imediata, nomeadamente:
 - a) Remoção de dispositivos endovasculares potencialmente infetados;
 - b) Aspiração de secreções brônquicas;
 - c) Drenagem de abscessos;
 - d) Desbridamento de tecidos.
- Após estabilização inicial o utente deve ser transferido precocemente para uma unidade de cuidados diferenciados, logo que possível:
 - a) Unidade de Cuidados Intermédios (se sépsis com disfunções/choque séptico sem necessidade de técnicas de suporte orgânico);
 - b) Unidade de cuidados Intensivos (se choque séptico com necessidade de técnicas de suporte orgânico).

CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE	Nº /CH-UH Data: Janeiro 2022	Página 10/17
--	--	-------------------------------

5. OUTRAS INFORMAÇÕES

- De acordo com as *guidelines* atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela Surviving Sepsis Campaign em outubro de 2021, a colocação de cateter venoso central não é prioritária, mas é desejável para a administração de terapêutica vasopressora e para a avaliação da responsividade do utente à fluidoterapia.
- A colocação de um cateter arterial é recomendada em utentes com hipotensão arterial e com necessidade de terapêutica vasopressora.
- Em qualquer momento e/ou local do serviço de urgência, mesmo após avaliação clínica, se o enfermeiro detetar critérios de ativação da VVS deverá contactar o médico responsável pelo utente e comunicar a sua avaliação.
- O médico determina a inclusão ou não do utente na VVS e procede à sua avaliação, encaminhamento, tratamento e registo, da mesma forma que na ativação primária.
- O preenchimento da folha de registos (Apêndice III) deve ser iniciado pelos profissionais que identificam o caso suspeito. Os profissionais que identificam o caso confirmado e dão seguimento ao tratamento inicial deverão dar continuidade ao preenchimento da mesma.
- A folha de registos (Apêndice III) preenchida deve ser arquivada no dossier VVS do SUMC, para que posteriormente possam ser realizadas auditorias.
- O protocolo de ativação da VVS encontra-se apresentado no apêndice I.

6. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO

A implementação do presente protocolo pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- Período de tempo entre a admissão do utente e a identificação do caso suspeito VVS;
- Período de tempo entre a identificação do caso suspeito VVS e a administração do primeiro antibiótico;

<p align="center">CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE</p>	<p align="center">Nº /CH-UH Data: Janeiro 2022</p>	<p align="center">Página 11/17</p>
--	---	--

- Taxa de efetividade no cumprimento do tempo alvo da administração de antibioterapia nos casos confirmados VVS;

Formula:

$$\frac{N.º \text{ de casos confirmados VVS com administração de antibioterapia } < 1h}{N.º \text{ total de casos confirmados VVS}} \times 100$$

- Taxa de casos confirmados por número de casos suspeitos:

Formula:

$$\frac{N.º \text{ total de casos confirmados VVS}}{N.º \text{ total de casos suspeitos VVS}} \times 100$$

- Taxa de mortalidade de casos confirmados VVS

Formula:

$$\frac{N.º \text{ de casos confirmados VVS com óbito nos primeiros 30 dias}}{N.º \text{ de casos confirmados VVS (mesmo período de tempo)}} \times 100$$

O registo obrigatório de casos confirmados VVS é essencial à auditoria e à melhoria de processos e resultados. De acordo com as orientações da DGS (2017), a auditoria interna deve ser realizada semestralmente, contudo nesta fase inicial de implementação recomenda-se que o presente protocolo seja sujeito a auditoria interna trimestralmente, de modo que possam ser feitas eventuais alterações, de acordo com necessidades identificadas, caso estas ocorram.

Para o CH **UH** recomenda-se a criação de uma equipa VVS e propõe-se que seja nomeado um coordenador local da VVS e que este seja responsável pelas auditorias. O mesmo também se deve articular com o coordenador Nacional da VVS (DGS, 2017).

<p style="text-align: center;">CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE</p>	<p>Nº /CH- UH Data: Janeiro 2022</p>	<p>Página 12/17</p>
---	--	-------------------------

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almutary, A., Althunayyan, S., Alenazi, K., Alqahtani, A., Alotaibi, B., Ahmed, M., Osman, I., Kakpuri, A., Alanazi, A., Arafat, M., Al-Mutairi, A., Bashraheel, F., & Almazroua, F. (2020). National Early Warning Score (NEWS) as Prognostic Triage Toll for Septic Patients. *Infection and Drug Resistance*, volume (13), páginas 3843 – 3851. <https://doi.org/10.2147/IDR.S275390>

Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde Sépsis no Adulto, Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde. 1-27. disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>

László, I., Trásy, D., Molnár, Z., & Fazakas, J. (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2015). Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2015/510436>

Luís, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal*. [Tese de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/4230>

Mathias, T., Souza, D., Ikeda, C., & Silva, D. (2019, March). Sepse: uma evolução de conceitos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 03, 32–46. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/sepse-uma-evolucao-de-conceitos>

Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas*.

<p align="center">CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR DE [REDACTED]</p>	<p>Nº /CH [REDACTED]-UH [REDACTED] Data: Janeiro 2022</p>	<p>Página 13/17</p>
---	---	-------------------------

Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43(3): 304-377.

Disponível em

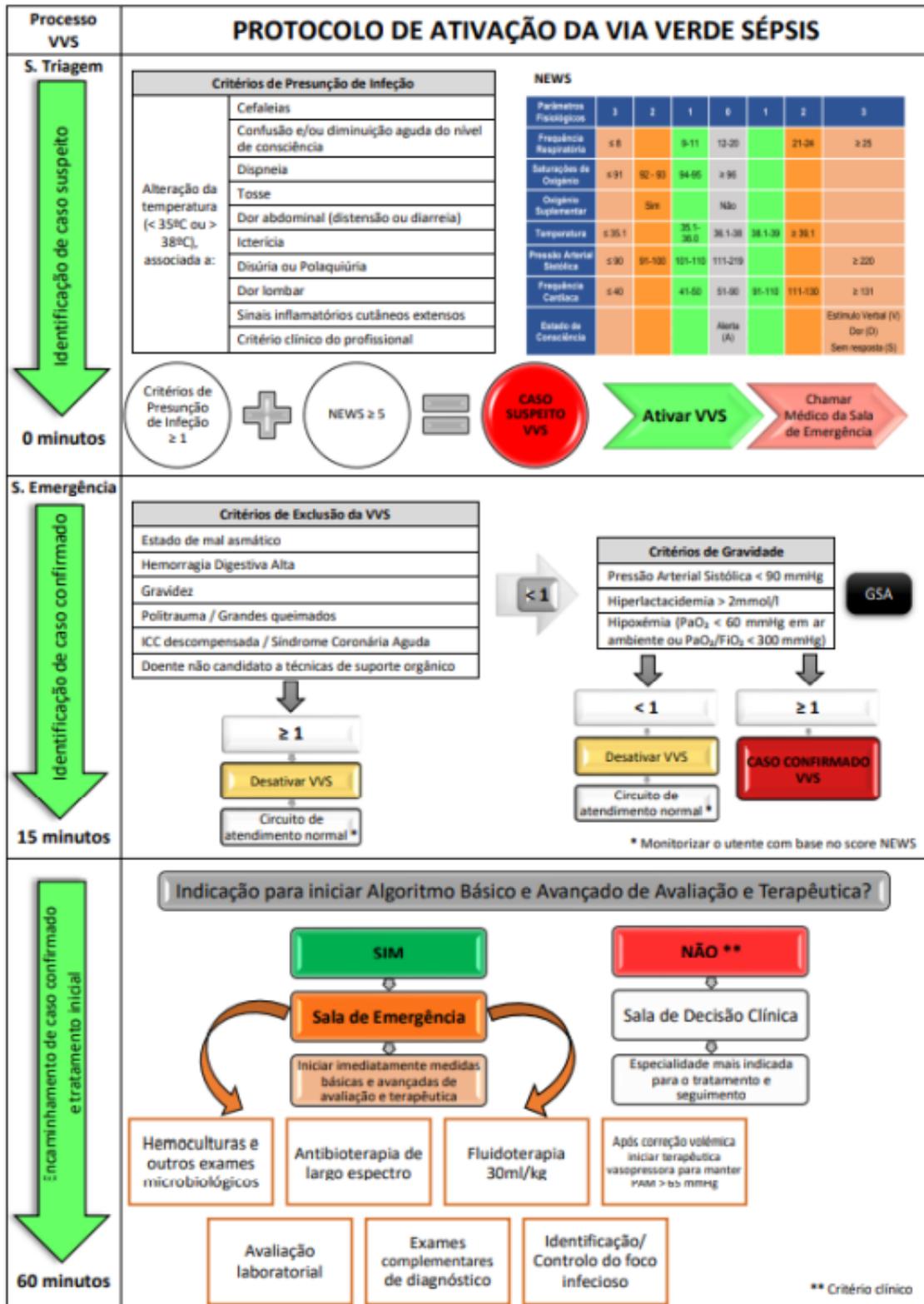
https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx

Singer, Mervyn, Deutschman, Clifford, Seymour, Christopher, Shankar-Hari, Manu MSc, Annane, Djillal, Bauer, Michael, Bellomo, Rinaldo, Bernard, Gordon, Chiche, Jean-Daniel, Coopersmith, Craig, Hotchkiss, Richard, Levy, Mitchell, Marshall, John, Martin, Gr, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *HHS Public Access*, 66(4), 801–811. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.

Usman, O., Usman, A., & Ward, A. (2019). Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *American Journal of Emergency Medicine*, volume (37), páginas 1490–1497. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.10.058>

APÊNDICE I – Protocolo de Ativação da VVS

Unidade de [REDACTED] – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica



APÊNDICE II – National Early Warning Score (NEWS)

Tabela 1 - National Early Warning Score (NEWS)

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturações de Oxigénio	≤ 91	92 - 93	94-95	≥ 96			
Oxigénio Suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤ 35.1		35.1-36.0	36.1-38	38.1-39	≥ 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequência Cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

Fonte: Luís, 2014

Tabela 2 - Protocolo de atuação do NEWS

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínima de 12 horas	- Manter monitorização de rotina com o NEWS
1 – 4	Baixo	Mínima de 4 a 6 horas	- Informar o enfermeiro responsável de turno - Enfermeiro responsável de turno decide se é necessário aumento da frequência de monitorização o escalamento dos cuidados prestados
5 – 6 ou 3 num parâmetro individual	Médio	Aumentar a frequência para o mínimo de 1 hora	- Enfermeiro responsável pelo doente deve informar o Médico responsável - Observação urgente por um médico com competências em cuidados de saúde diferenciados a doentes agudos - Cuidados de saúde num ambiente com equipamento de monitorização
≥ 7	Alto	Monitorização contínua dos Sinais Vitais	- Enfermeiro responsável deve informar imediatamente a equipa médica responsável pelo doente - Avaliação urgente por uma equipa médica com competências de cuidados intensivos que inclua especialistas em abordagem à via aérea avançada - Considerar a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (nível 2 ou 3)

Fonte: Luís, 2014

APÊNDICE III – Folha de Registo Via Verde Sépsis

[REDACTED]
Unidade de [REDACTED]
Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica

Etiqueta de identificação do Utente

FOLHA DE REGISTO VIA VERDE SÉPSIS

NOTIFICAÇÃO CODU: S N Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

TRIAGEM DE MANCHESTER: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO (assinalar com X)

Alteração da temperatura (< 35°C ou > 38°C), associada a:	Cefaleias	
	Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência	
	Dispneia	
	Tosse	
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)	
	Icterícia	
	Disúria ou Polaquiúria	
	Dor lombar	
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	
	Crítério clínico do profissional	

NEWS: _____

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturações de Oxigénio	≤ 91	92 - 93	94-95	≥ 96			
Oxigénio Suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤ 35,1		35,1-36,0	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequência Cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

CASO SUSPEITO (Critérios de Presunção de Infeção ≥ 1 + NEWS ≥ 5): S N

ATIVA VVS: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Enf.º / nº Mec. _____/_____

APÊNDICE III – Folha de Registo Via Verde Sépsis

OBSERVAÇÃO MÉDICA: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (assinar com X)

Doença Cerebrovascular aguda	
Estado de mal asmático	
Hemorragia Digestiva Alta	
Gravidez	
Politrauma / Grandes queimados	
ICC descompensada / Síndrome Coronária Aguda	
Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico	

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE (assinar com X e registar o valor)

Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg		
Hiperlactacidemia > 2mmol/l		
Hipoxémia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg)		

Gasimetria Arterial: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

CASO CONFIRMADO (Critérios de Exclusão < 1 + Critérios de Gravidade ≥ 1): S N

CONFIRMA VVS: Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Médico / nº Mec. _____/_____

ALGORITMO BÁSICO E AVANÇADO DE AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA:

Fluidoterapia (30 ml/Kg): S N

Hemoculturas: S N Hora: ___h___min

Outros exames microbiológicos: S N Quais: _____

Antibioterapia: S N Hora: ___h___min Qual: _____

Avaliação laboratorial: S N

Exames complementares de diagnóstico: S N Quais: _____

Terapêutica vasopressora: S N Qual: _____

Foco infeccioso presumível: _____

Foco infeccioso identificado: _____

Controlo do foco infeccioso: S N Obs: _____

DESTINO (assinalar com X):

Sala de Decisão Clínica	Bloco Operatório	
UIDA	Falecido	
UCIP	Outra Unidade Hospitalar *	

*Qual: _____ Serviço: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___h___min

Apêndice 8 – Dossier Via Verde Sépsis

Apêndice 9 – Plano de sessão da formação – Protocolo Via Verde Sepsis: Práticas Promotoras da
Qualidade e Segurança do Doente Crítico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Sessão	Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico
Duração Prevista	30 min
Público-Alvo	Equipa de enfermagem do SUMC
Local – Data – Hora	Auditório do CH [REDACTED] – Unidade de [REDACTED] – 21/01/2022 – 16H
Formadora	Eunice Martins

OBJETIVOS	Sensibilizar os enfermeiros do SUMC para a importância da identificação precoce de casos de Sépsis
	Contextualizar a Sépsis como problemática Mundial e Nacional
	Apresentar definições e considerações fundamentais (medidas preventivas, causas comuns, grupos de risco e sinais/sintomas)
	Dar a conhecer o Protocolo de Atuação: Circuito de encaminhamento do utente com suspeita de Sépsis ou Choque Séptico
	Explicar quais os critérios de ativação da Via Verde Sépsis
	Apresentar o circuito de encaminhamento do utente com suspeita de Sépsis ou Choque Séptico no SUMC
	Explicar qual a abordagem inicial à pessoa com Sépsis na Sala de Emergência
	Apresentar a folha de registo da Via Verde Sépsis

FASES	Conteúdos Programáticos	Metodologias/ Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Duração
INTRODUÇÃO	Apresentação da formadora Apresentação do tema Objetivos da sessão	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Videoprojetor Power Point Microsoft Teams	2 min
DESENVOLVIMENTO	Definição de Sépsis e Choque Séptico Dados mundiais e nacionais sobre a Sépsis Guidelines da Sépsis Bundle da 1ª hora da Sépsis Norma da DGS da VVS; Protocolo de atuação Via Verde Sépsis no SUMC Critérios de ativação da VVS Tratamento inicial da Sépsis	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Videoprojetor Power Point Microsoft Teams	23 min
CONCLUSÃO	Síntese de aspetos importantes Espaço aberto a questões Clarificação de dúvidas Avaliação da sessão de formação Referências bibliográficas	Método expositivo, ativo e interrogativo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Videoprojetor Power Point Microsoft Teams <i>Google Forms</i> ®	5 min

AValiação DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Questionário dirigido à plateia (presencial e online), elaborado através da plataforma *Google Forms*®, onde é avaliada a sessão de formação, em vários níveis (conteúdos programáticos, organização, qualidade do material e meios pedagógicos) e a formadora, quanto ao seu desempenho.

Apêndice 10 – Apresentação da sessão de formação – Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas
Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico



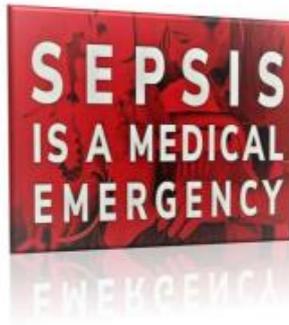
1

Objetivos	Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS
<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar os enfermeiros do SUMC para a importância da identificação precoce de casos de Sepsis. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar a Sepsis como problemática Mundial e Nacional; • Apresentar definições e considerações fundamentais (medidas preventivas, causas comuns, grupos de risco e sinais/sintomas); • Dar a conhecer o Protocolo de Atuação: Circuito de encaminhamento do utente com suspeita de Sepsis ou Choque Séptico; • Explicar quais os critérios de ativação da Via Verde Sepsis; • Apresentar o circuito de encaminhamento do utente com suspeita de Sepsis ou Choque Séptico no SUMC; • Explicar qual a abordagem inicial à pessoa com Sepsis ou Choque Séptico na Sala de Emergência; • Apresentar a folha de registo da Via Verde Sepsis. 	

2



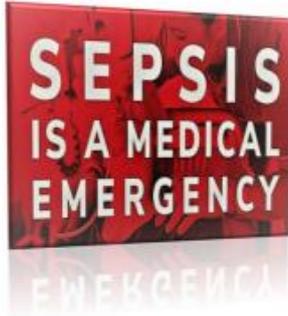
3



- **47-50 milhões** de casos por ano
- Pelo menos **11 milhões** de mortes por ano – **1 morte** a cada **2,8 segundos**
- **1 a cada 5 mortes** está associada à Sepsis
- Incidência comparável ao AVC, EAM, tumor da mama e tumor colorretal

Sepsis Alliance, 2021

4

**Sépsis é número 1 em:**

- Causa de morte em hospitais
- Causas de readmissão em hospitais
- Custos com saúde



Cerca de **50%** dos sobreviventes de Sépsis têm complicações físicas e/ou psicológicas a longo prazo

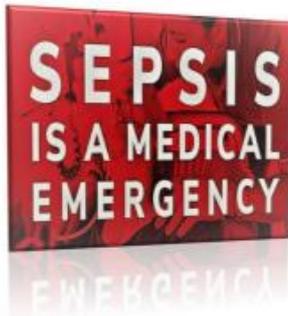


80% dos casos de Sépsis ocorrem **fora** do hospital



Sepsis Alliance, 2021

5



Em Portugal...



A incidência da sépsis continua a aumentar cerca de **1,5%** ao ano

A sépsis adquirida na comunidade é responsável por **22-24%** dos internamentos em unidades de cuidados intensivos

Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de **38%**, quase **três vezes superior** à mortalidade por AVC

A mortalidade por choque séptico atingiu os **49-51%**

DGS, 2017

6

Definições e considerações fundamentais | **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

Background & Objectives

The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)

Summary

Background: Consensus on definitions for sepsis and septic shock is essential for the development of clinical research and clinical practice. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) were developed through a series of international conferences and workshops. The definitions were developed to be applicable across different healthcare settings and to be consistent with the definitions used in clinical research and clinical practice.

SEPSIS DEFINITION

LIFE-THREATENING ORGAN DYSFUNCTION

CAUSED BY

DYSREGULATED HOST RESPONSE TO INFECTION

SEPTIC SHOCK

SEPSIS +

UNRESPONSIVE TO TREATMENT
MAP > 65 mmHg

SERUM LACTATE LEVEL > 2.0 mmol/L

IN THE ABSENCE OF HYPOVOLEMIA

Sépsis

- Disfunção orgânica resultante de uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção.

Choque Séptico

- Disfunção circulatória, celular e metabólica, associada a elevada mortalidade
- Normalmente cursa com : Hipotensão refratária a reposição volêmica e Hiperlactidemia > 2 mmol/L.

Singer et al., 2016; Mathias et al., 2019

7

Definições e considerações fundamentais | **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

Medidas Preventivas

Causas comuns

Grupos de Risco

Sinais Sintomas

1 PREVENT INFECTIONS

Use good aseptic technique | Get vaccinated on time

2 PRACTICE GOOD HYGIENE

Wash your hands | Keep surfaces and yourself clean

Meningite - Infecção de forte desconhecida

Pneumonia - Infecção na corrente sanguínea

Infecção relacionada ao uso de cateter

Infecção de trato urinário

Infecção abdominal, como:

- Apendicite
- Diverticulite
- Infecção da vesícula biliar, etc.

65+ - Adults 65 or older

People with weakened immune systems

People with chronic medical conditions, such as diabetes, lung disease, cancer, and kidney disease

People with recent surgery or hospitalization

Sepsis Survivors

Children younger than one

High heart rate or low blood pressure

Fever, shivering, or feeling very cold

Confusion or disorientation

Shortness of breath

Extreme pain or discomfort

Clammy or sweaty skin

<https://www.cdc.gov/sepsis/what-is-sepsis.html>

8

Stop Sepsis.
Start Now.



O reconhecimento precoce de Sepsis e implementação atempada de estratégias terapêuticas permitem:

- ↑ a oportunidade de sobrevivência
- ↓ mortalidade
- ↓ morbidade
- ↓ custos em saúde

László et al., 2015 & Evans et al., 2021



GUIDELINES

Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021

Screening and early treatment
Screening for patients with sepsis and septic shock
Recommendation

1. For hospitals and health systems, we **recommend** using a performance improvement programme for sepsis, including sepsis screening for acutely ill, high-risk patients and standard operating procedures for treatment

Strong recommendation, moderate quality of evidence for screening
 Strong recommendation, very low-quality evidence for standard operating procedures

- As **guidelines** atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, enfatizam cada vez mais a importância de que a **identificação precoce** continua a ser **crucial** para o **tratamento eficaz** da sépsis.
- Estas diretrizes recomendam a utilização de um **programa de melhoria** de desempenho no atendimento à pessoa com sépsis ou choque séptico, incluindo a utilização de uma **ferramenta de triagem sistemática** que permita o reconhecimento precoce de pessoas com sépsis.

Evans et al., 2021

Table of Current Recommendations and Changes From Previous 2016 Recommendations

Recommendations 2021	Recommendation Strength and Quality of Evidence	Changes From 2016 Recommendations
----------------------	---	-----------------------------------

As **FERRAMENTAS DE TRIAGEM DA SÉPSIS** são projetadas para promover a identificação precoce da sépsis. Uma **nova** recomendação das *guidelines* é o uso de um programa de melhoria de desempenho, incluindo uma ferramenta de triagem, como a Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), a *National Early Warning Score* [NEWS] ou *Modified Early Warning Score* [MEWS], em vez do *quick Sequential Organ Failure Assessment Score* [qSOFA].

2. We recommend **against using qSOFA** compared with SIRS, NEWS, or MEWS as a single-screening tool for sepsis or septic shock. **Strong, moderate-quality evidence** **NEW**



Vários estudos investigaram o potencial do **qSOFA** como ferramenta de triagem para a Sépsis, onde se verificou uma **baixa sensibilidade** desta ferramenta, pelo que o painel emitiu uma **FORTE** recomendação **contra** o seu uso como **única** ferramenta de triagem.

Evans et al., 2021

SPECIAL EDITORIAL

The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update

Mitchell M. Levy¹, Laura E. Evans² and Andrew Rhodes³

© 2018 SCCM and ESICM

Surviving Sepsis Campaign **BUNDLE**

1-HOUR-1 BUNDLE: INITIAL RESUSCITATION FOR SEPSIS AND SEPTIC SHOCK:

- 1) Measure lactate level.*
- 2) Obtain blood cultures before administering antibiotics.
- 3) Administer broad-spectrum antibiotics.
- 4) Begin rapid administration of 30mL/kg crystalloid for hypotension or lactate ≥ 4 mmol/L.
- 5) Apply vasopressors if hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain a mean arterial pressure ≥ 65 mm Hg.

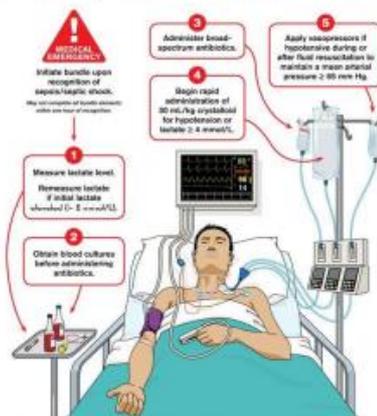
*Re-measure lactate if initial lactate elevated (> 2 mmol/L).

© 2018 Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine. All Rights Reserved. survivingsepsis.org



1-hour bundle

As medidas de ressuscitação para Sépsis e Choque Séptico iniciam-se imediatamente!



<https://www.sccm.org/getattachment/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/Adult-Patients/Surviving-Sepsis-Campaign-Hour-1-Bundle.pdf?lang=en-US>

Todos os Serviços de Urgência devem:

- Implementar a VVS
- Possuir uma Equipa de Sepsis (médico e enfermeiro)

O processo VVS define 4 etapas:

- 1ª Etapa • Identificação Caso Suspeito
- 2ª Etapa • Identificação Caso Confirmado
- 3ª Etapa • Algoritmo Básico: Avaliação e Terapêutica
- 4ª Etapa • Algoritmo Avançado: Avaliação e Terapêutica

DGS, 2017

15

Proposta de Protocolo de Atuação VVS

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO	N.º /CH/ [] / []	Página
ASSUNTO: CIRCUITO DE ENCAMINHAMENTO DO UTENTE COM SUSPEITA DE SÉPSIS OU CHOQUE SÉPTICO UNIDADE HOSPITALAR [] CENTRO HOSPITALAR []	ELABORADO POR: [] REVIZO POR: [] MAIORADO POR: []	Junho 2017
DESIGNAÇÃO: Manual Hospitalar Quadro de Referências – Praticos	APROVADO POR: Conselho de Administração de []	
ABRACAO EM PDF: [] SUBSTITUIÇÃO: [] PALAVRAS-CHAVE: Via Verde Sepsis	A REVISAR: []	Junho 2017

16

1ª ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO VVS

Sala de Triagem

Critérios de Presunção de Infecção	
Alteração da temperatura (< 35°C ou > 38°C), associada a:	Cateterias
	Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
	Dispneia
	Tosse
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)
	Ictericia
	Disúria ou Polaquiúria
	Dor lombar
	Sinais inflamatório cutâneos extensos
	Critério clínico do profissional

NEWS

Parâmetros	0	1	2	3	4	5
Frequência Respiratória	< 9	9-11	12-20	21-24	> 25	
Saturação de O2	91	92-93	94-95	96		
Oxigênio Suplementar	Sim	Não				
Temperatura	33,1	36,1-36,2	36,3-38	38,1-39	> 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	< 90	91-100	101-140	141-200	> 200	
Frequência Cardíaca	< 40	41-50	51-90	91-130	131-180	> 181
Estado de Consciência			Alerta (A)			Estimulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)



NEWS

Parâmetros	0	1	2	3	4	5
Frequência Respiratória	< 9	9-11	12-20	21-24	> 25	
Saturação de O2	91	92-93	94-95	96		
Oxigênio Suplementar	Sim	Não				
Temperatura	33,1	36,1-36,2	36,3-38	38,1-39	> 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	< 90	91-100	101-140	141-200	> 200	
Frequência Cardíaca	< 40	41-50	51-90	91-130	131-180	> 181
Estado de Consciência			Alerta (A)			Estimulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Mobilização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínimo de 12 horas	Monitorização de rotina com NEWS
1-4	Risco	Mínimo de 4 a 6 horas	Monitorizar a estabilidade respiratória de forma dinâmica, considerando o estado de alerta do paciente, a frequência de monitorização de oximétrico de pulso e a necessidade de oxigenoterapia suplementar.
5-6 ou 2 (sem parâmetros individuais)	Muito	Reavaliar a Presunção para o dia seguinte de 1 hora	Considerar resposta clínica para decidir sobre internar a UCI ou transferir para o ambulatório. Observar de acordo com um protocolo de cuidado de acordo com o estado de alerta do paciente. Utilizar de acordo com o protocolo de monitorização de oximétrico de pulso.
7 ou mais	Alto	Monitorização Clínica de 30 minutos	Considerar internar imediatamente em UCI para avaliação de suporte vital e monitorização de acordo com o protocolo de cuidado de acordo com o estado de alerta do paciente. Monitorizar de acordo com um protocolo de cuidado de acordo com o estado de alerta do paciente. Considerar a necessidade para uma avaliação de estabilidade vitalícia (Transferir de acordo com o protocolo).

- Indicador de risco de deterioração clínica e mortalidade;
- Sistema de pontuação com alto desempenho;
- Facilmente calculável no momento da triagem;
- Inclui a avaliação de 7 parâmetros: FR; SpO2; utilização de oxigênio suplementar; Temp.º; FC e estado de consciência;
- A pontuação pode variar de 0 a 20;
- Pontuação NEWS ≥ 5 é sensível para prever casos de Sepsis.

Unidade de Saúde: [Redacted]
Serviço de Urgência Médico - Colúgata

Etiqueta de Identificação do Utente

FOLHA DE REGISTO VIA VERDE SEPSIS

NOTIFICAÇÃO COVID-19 Sim Não Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

TRAJE DE MANEIO: Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFECÇÃO (assinalar com X)

Febre	
Confusão: alteração da consciência aguda de nível de consciência	
Diúrese	
Taxo	
Alteração de frequência (v. QTU de +50% ou -50%)	
Leucemia	
Doença ou Poliglobulia	
Doença torácica	
Síndrome de disfunção orgânica sistémica	
Outros: [especificar]	

NEWS

	1	2	3	4	5	6	7
Resposta Fisiológica	4.6		9.11	10.25	11.44		2.35
Frequência Respiratória	4.61	42-45	34-40	3.90			
Saturação de O2 (SpO2) (Gravidade)		94	92	90			
Temperatura	4.38.7		35.5-36.2	38.1-38	38.1-38	38.1-38	3.88.2
Frequência Arterial	4.98	80-100	100-110	110-120			4.220
Frequência Sistólica	4.44	65-90	55-90	40-110	110-130		5.130
Estado de Consciência			Alerta (A)				Estimulo verbal (V) / Escala GCS (E)

CASO SUSPEITO (Critérios de Presunção de Infecção = 1 + NEWS ≥ 5): Sim Não

ATIVA VVS Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

Def. 7 por Med: _____

OBSERVAÇÃO MÉDICA: Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (assinalar com X)

Doença Cardiovascular Aguda	
Estado de mal asmático	
Hemorragia Digestiva Alta	
Gravidez	
Politrauma / Grandes queimados	
ICC descompensada / Síndrome Coronária Aguda	
Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico	

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE (assinalar com X e registar o valor)

Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg	
Hiperfaticidemia > 2mmol/l	
Hipoxémia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou PaO ₂ /FIO ₂ < 300 mmHg)	

Gaimena Arterial Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

CASO CONFIRMADO (Critérios de Excluído = 1 + Critérios de Gravidade ≥ 1): Sim Não

CONFIRMA VVS Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

Médico / P. Med: _____

ALGORITMO BÁSICO E AVANÇADO DE KALINKLÃO E TERAPÉUTICA:

Flutocortona 30 mg/kg: Sim Não

Hemostáticos: Sim Não Hora: ___:___:___

Outros exames microbiológicos: Sim Não Qual: _____

Antibióticos: Sim Não Hora: ___:___:___ Qual: _____

Análise laboratorial: Sim Não

Exames complementares de diagnóstico: Sim Não Qual: _____

Temperatura vasopressora: Sim Não Qual: _____

Foco infeccioso presunção: _____

Foco infeccioso identificado: _____

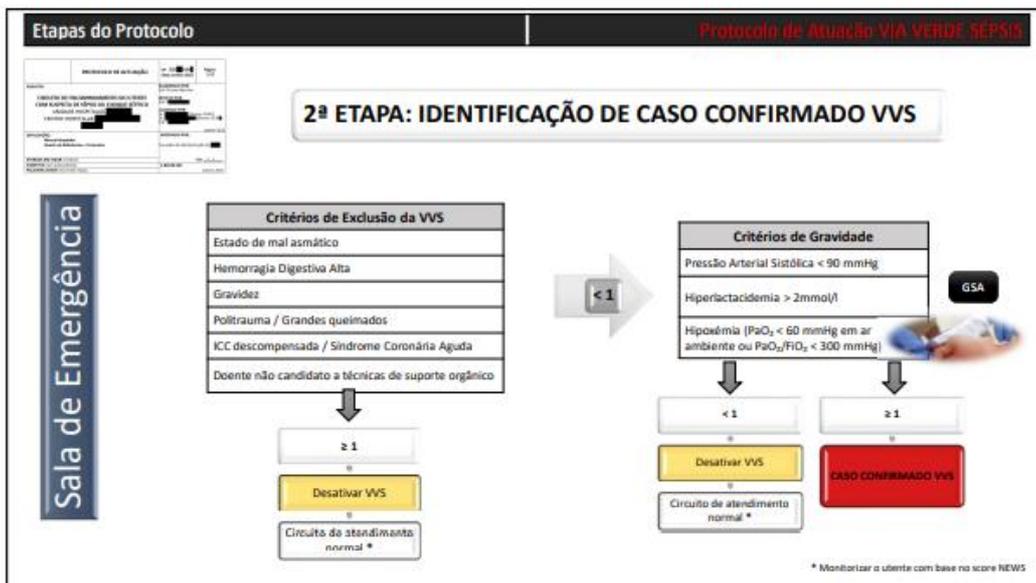
Controlo de fôco infeccioso: Sim Não

SISTEMA (assinalar com X)

Data do Decreto Clínica	Monitor Operativo
UCIP	Farmacológico
UCIP	Data Unidade Hospitalar *

*Qual: _____ Serviço: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

19



20

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

3ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

Indicação para iniciar algoritmo básico e avançado de avaliação e terapêutica?

<div style="background-color: green; color: white; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 24px;">Sim</div> <div style="background-color: orange; padding: 5px; margin: 5px;">Sala de Emergência</div> <div style="background-color: #f4b084; padding: 5px; margin: 5px;">Iniciar imediatamente medidas básicas e avançadas de avaliação e terapêutica</div>	<div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 24px;">Não **</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px;">Sala de Decisão Clínica</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px;">Especialidade mais indicada para o tratamento e seguimento</div>
---	--

** Critério clínico

21

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

3ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

Sala de Emergência

Iniciar Algoritmo Básico e Avançado imediatamente

Hemoculturas e outros exames microbiológicos	Antibioterapia de largo espectro	Fluidoterapia 30ml/kg	Após correção volêmica iniciar terapêutica vasopressora para manter PAM > 65 mmHg
Avaliação laboratorial	Exames complementares de diagnóstico	Identificação/Controlo do foco infeccioso	

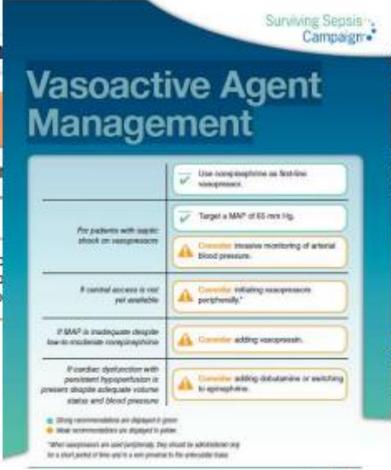
22

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

3ª ETAPA: ENCAMINHO



Hemod...
outro
micro



Vasoactive Agent Management

Use norepinephrine as first-line vasopressor.

Target a MAP* of 65 mm Hg.

Consider invasive monitoring of arterial blood pressure.

Consider adding vasopressors peripherally**.

Consider adding vasopressin.

Consider adding dobutamine or milrinone to improve flow.

INTERVENÇÕES INICIAIS

...tamente

Após correção volêmica iniciar terapêutica vasopressora para manter PAM > 65 mmHg

...cação/
do foco
...oso

© 2017 Society of Critical Care Medicine and European Society of Intensive Care Medicine. For complete information on this and other guidelines, visit us online at www.sccm.org.

23

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SEPSIS**

3ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

Na Sala de Emergência,
perante um **CASO CONFIRMADO VVS** o enfermeiro, sem aguardar pelas prescrições, inicia as seguintes intervenções:



Avaliação e monitorização contínua dos sinais vitais;
2 acessos venosos, preferencialmente de calibre 18G;
Solução cristalóide ao ritmo de 30ml/kg (se hipotensão ou lactatos ≥ 4 mmol/l);
Colheita de sangue para 2 hemoculturas;
Colheita de sangue para avaliação laboratorial (hemograma, bioquímica e coagulação);
Colheitas para outros exames microbiológicos (interdependente);
Cateterização vesical e monitorização do débito urinário.

Antibioterapia o mais rápido possível, de acordo com prescrição clínica.
As intervenções não devem atrasar a Antibioterapia!



24

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SÉPSIS**

2ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

Avaliação e monitorização contínua dos sinais vitais;
 2 acessos venosos, preferencialmente de calibre 18G;
 Solução cristalóide ao ritmo de 30ml/kg (se hipotensão ou lactatos $\geq 4\text{mmol/l}$);
 Colheita de sangue para 2 hemoculturas;

Colheita de sangue para avaliação laboratorial (hemograma, bioquímica e coagulação);
 Colheitas para outros exames microbiológicos (interdependente);
 Cateterização vesical e monitorização do débito urinário.

Antibioterapia o mais rápido possível, de acordo com prescrição clínica.
As intervenções não devem atrasar a Antibioterapia!

25

Etapas do Protocolo **Protocolo de Atuação VIA VERDE SÉPSIS**

3ª ETAPA: ENCAMINHAMENTO DO CASO CONFIRMADO E INTERVENÇÕES INICIAIS

Após estabilização inicial o utente deve ser transferido precocemente para uma unidade de cuidados diferenciados.

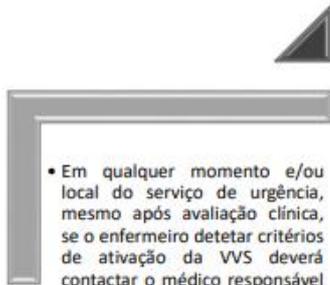
Unidade de Cuidados Intermédios

Se sépsis com disfunções/choque séptico sem necessidade de técnicas de suporte orgânico

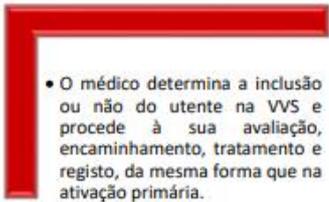
Unidade de Cuidados Intensivos

Se choque séptico com necessidade de técnicas de suporte orgânico

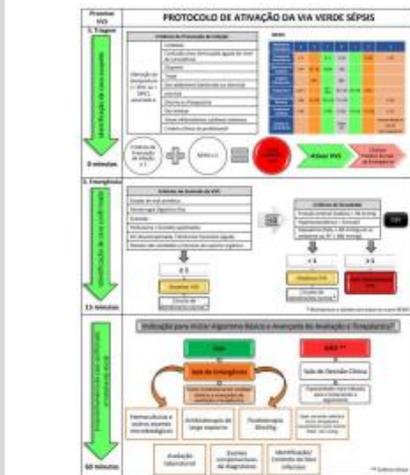
26



- Em qualquer momento e/ou local do serviço de urgência, mesmo após avaliação clínica, se o enfermeiro detetar critérios de ativação da VVS deverá contactar o médico responsável pelo utente e comunicar a sua avaliação.



- O médico determina a inclusão ou não do utente na VVS e procede à sua avaliação, encaminhamento, tratamento e registo, da mesma forma que na ativação primária.



Stop Sepsis.
Start Now.



Criar e definir os elementos da Equipa de Sepsis do SUMC:

- Médico Intensivista;
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: A pessoa em situação crítica.

Nomear um coordenador local da VVS e que este seja responsável pelas auditorias internas ao Protocolo de Atuação

Informatizar os registos de ativação da VVS no sistema informático Alert®

A Sépsis é uma doença de alta mortalidade e morbilidade;

As principais medidas para combater a Sépsis são:

- ↑ Percepção do problema (comunidade e profissionais de saúde);
- Medidas Preventivas;
- Reconhecimento Precoce;
- Tratamento precoce e adequado.

A implementação de um protocolo de reconhecimento precoce de Sépsis na triagem é eficaz para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados e pode resultar na diminuição da mortalidade, morbilidade e também numa importante redução de custos em saúde;

O **ENFERMEIRO** tem uma posição privilegiada na abordagem ao utente com Sépsis, desde a triagem, sendo este o responsável pela ativação da VVS.



Prevenir a sépsis é diagnosticar a infeção precocemente!



31

Referências Bibliográficas

- Almutary, A., Althunayyan, S., Alenazi, K., Alqahtani, A., Alotaibi, B., Ahmed, M., Osman, I., Kakpuri, A., Alanazi, A., Arafat, M., Al-Mutalri, A., Bashraheel, F., & Almazroua, F. (2020). National Early Warning Score (NEWS) as Prognostic Triage Toll for Septic Patients. *Infection and Drug Resistance*, volume (13), páginas 3843 – 3851. <https://doi.org/10.2147/IDR.S275390>
- Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde Sépsis no Adulto, Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde. 1-27. disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- László, I., Trásy, D., Molnár, Z., & Fazakas, J. (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2015). Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2015/510436>
- Luis, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce "VIEWS" e "NEWS" em Portugal*. [Tese de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/4230>

32

- Mathias, T., Souza, D., Ikeda, C., & Silva, D. (2019, March). Sepsis: uma evolução de conceitos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 03, 32–46. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/sepse-uma-evolucao-de-conceitos>
- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43(3): 304-377. Disponível em https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx
- Singer, Mervyn, Deutschman, Clifford, Seymour, Christopher, Shankar-Hari, Manu MSc, Annane, Djillal, Bauer, Michael, Bellomo, Rinaldo, Bernard, Gordon, Chiche, Jean-Daniel, Coopersmith, Craig, Hotchkiss, Richard, Levy, Mitchell, Marshall, John, Martin, Gr, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *HHS Public Access*, 66(4), 801–811. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Usman, O., Usman, A., & Ward, A. (2019). Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *American Journal of Emergency Medicine*, volume (37), páginas 1490–1497. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.10.058>
- <https://www.cdc.gov/sepsis/what-is-sepsis.html>
- <https://www.sccm.org/getattachment/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/Adult-Patients/Surviving-Sepsis-Campaign-Hour-1-Bundle.pdf?lang=en-US>

Apêndice 11 – Divulgação da sessão de formação – Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: VIA VERDE SÉPSIS: Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico

Data: 21 de janeiro de 2022

Hora: 16 horas

Presencial: Auditório do [REDACTED] – Unidade de [REDACTED]

Online: 

Formadora: Enf.ª Eunice Martins (Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)

Enf.ª Especialista Orientadora: P. P.

Docente Orientadora: Maria Antónia Costa



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

V Mestrado em Enfermagem em Associação
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Unidade Curricular: Estágio Final

Protocolo Via Verde

SEPSIS

stop
sepsis
save
lives

Eunice Martins
Janeiro de 2022

Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico

Apêndice 12 – Questionário de avaliação da sessão de formação: Satisfação do formando

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO: SATISFAÇÃO DO FORMANDO

Formação: Protocolo Via Verde Sepsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Data: ___/___/___

Partilhe connosco a sua opinião e ajude-nos a melhorar. Agradecemos a sua colaboração, no sentido de melhorarmos continuamente. Preencha o presente questionário atribuindo o valor de 1 (Insuficiente), 2 (Suficiente), 3 (Bom), 4 (Muito Bom) a 5 (Excelente) aos diferentes aspetos da formação.

Responda ao questionário, assinalando com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião.

Níveis de avaliação	1	2	3	4	5
O FORMADOR					
Domínio dos conteúdos programáticos e técnicas					
Linguagem clara e objetiva					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Relacionamento com os formandos					
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS					
Pertinência do tema					
Objetivos identificados de forma clara					
Tema abordado face às expectativas					
Aplicabilidade da formação para a atividade profissional					
Duração da sessão					
QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS					
Recursos didáticos utilizados					
Métodos pedagógicos selecionados					
Instalações (conforto, acesso, iluminação)					
ORGANIZAÇÃO					
Divulgação da formação					
Cumprimento do horário previsto					
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas					
APRECIÇÃO GLOBAL					

Comentários e sugestões:

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização do PIP ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Pedido de autorização para Projeto de Intervenção Profissional

Eunice Maria Tiago Martins <eunice.martins@chalgarve.min-saude.pt>

qui, 28/10/2021 12:10

Para: Unidade de Apoio Investigação - PTM <uai.ptm@[REDACTED].min-saude.pt>; Centro de Formação, Investigação e Conhecimento - PTM <cfic.ptm@[REDACTED].min-saude.pt>

 12 anexos (9 MB)

Proposta do Projeto de Intervenção Eunice 27_out.pdf; Autorização local diretor de serviço.pdf; Autorização local Enf. chefe.pdf; Folha de Rosto - Eunice MARTins.doc; Pedido de autorização Comissão de ética.pdf; Pedido de autorização Conselho de administração.pdf; Termo de responsabilidade do aluno.pdf; Termo de responsabilidade orientador docente.pdf; Termo de responsabilidade orientador supervisor.pdf; comprovativo_matricula_inscricao Eunice Martins.pdf; CV-Europass-20200620-TiagoMartins-PT (1)10out.pdf; Eunice Maria Tiago Martins - Seguro.pdf;

Bom dia,

O meu nome é Eunice Martins, sou enfermeira na UCIP2 do [REDACTED] Unidade de Portimão (n.º Mec. 82433) e, encontro-me neste momento a realizar um estágio no Serviço de Urgência Médico - Cirúrgica (SUMC), no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico - Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Com o objetivo de desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional no serviço onde me encontro a estagiar venho por este meio enviar a documentação solicitada pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento:

CV do estudante;
Comprovativo de matrícula;
Comprovativo de seguro escolar;
Folha de rosto preenchida;
Proposta de Projeto de Intervenção Profissional (onde se encontra em apêndice o Consentimento Informado e o Questionário destinado aos participantes);
Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do [REDACTED];
Pedido de Autorização à Comissão de Ética do [REDACTED];
Termos de Responsabilidade (aluno, docente orientador e orientador supervisor);
Autorização do Enfermeiro Chefe do SUMC;
Autorização do Diretor Clínico do SUMC.

Ficarei a aguardar a vossa resposta, na expectativa que a proposta seja aceite e que a sua implementação traga benefícios à instituição, aos profissionais e aos utentes.

Atenciosamente,

Eunice Maria Tiago Martins

Anexo 2 – Autorização para a realização do projeto



Eunice Martins <emtmartins@gmail.com>

Aprovação do Projeto de Investigação

Unidade de Apoio Investigação - PTM <uai.ptm@[REDACTED].min-saude.pt> 29 de novembro de 2021 às 13:37
Para: Eunice Martins <emtmartins@gmail.com>
Cc: Paula Cristina Arranhado Mangualde <paula.mangualde@[REDACTED].min-saude.pt>

Exma. investigadora,

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto "**Protocolo via verde sépsis: práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico**".

Deverá enviar uma cópia referente ao trabalho de investigação apresentado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação. Qualquer questão não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Paula Alves

Unidade de Apoio à Investigação do
Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED]
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação.
Ext. [REDACTED] Tel. [REDACTED]



De: Eunice Martins <emtmartins@gmail.com>
Enviado: 29 de novembro de 2021 13:30
Para: Unidade de Apoio Investigação - PTM <uai.ptm@[REDACTED].min-saude.pt>
Assunto: Re: Aprovação do Projeto de Investigação

[Citação ocultada]

Anexo 3 – Proposta de projeto – Modelo T005

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)Nome: Maria Antónia Rasa Correia CostaUniversidade/Instituição: Instituto Politécnico de BejaN.º Identificação Civil: 05536351 - 2ZY5 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____Telef.: 962388489 E-mail: antonia.costa@ipbeja.pt ID ORCID: 0000-0002-6243-2429

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHODomínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da SaúdeConsulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgrec.mec.pt/np4/28>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Serviço de Urgência; Protocolo; Via Verde Sépsis; Qualidade; Segurança**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

Implementação de um protocolo de atuação da Via verde Sépsis num serviço de urgência com estratégia promotora da qualidade e segurança do doente crítico.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Em anexo.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano de Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo
- Outros: Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetuar alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederá nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

Anexo 4 – Pedido de parecer à Comissão de Ética – Modelo T013

 Serviços Académicos	Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	MODELO T-013
		Ano Letivo: <u>2021</u> / <u>2022</u>

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Eunice Maria Tiago Martins

Número: m47970 Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade/Plano Alternativo: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

2. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 965191046 E-mail: emtmartins@gmail.com

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto:
Protocolo Via Verde Sepsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:
Professora Maria Antónia Costa / Eunice Martins

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

4. RESUMO

A sepsis é considerada uma emergência médica, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Esta representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas globais de morbilidade e mortalidade, com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral, ao Enfarte Agudo do Miocárdio, ao tumor da mama e ao tumor colorretal (Singer et al, 2016; Rhodes, 2017). De acordo com norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, todos os Serviços de Urgência devem implementar a Via Verde Sepsis (VVS) e possuir uma equipa de sepsis, constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro. Uma vez que no serviço onde decorre o estágio esta via verde não se encontra implementada, é objetivo deste projeto responder a esta problemática/necessidade identificada através da criação de um protocolo de atuação da via verde sepsis, que oriente e uniformize a prática.

5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A sépsis continua a ser uma problemática atual, sendo uma das principais causas globais de morbilidade e mortalidade, com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], ao Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], ao tumor da mama e ao tumor colorretal (Singer et al, 2016; Rhodes, 2017). Apesar dos avanços clínicos das últimas décadas, a incidência da sépsis continua a aumentar cerca de 1,5% ao ano. Em Portugal, a sépsis adquirida na comunidade é responsável por 22-24% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38%, quase três vezes superior à mortalidade por AVC e a mortalidade nas pessoas com choque séptico atingiu os 49-51% (DGS, 2017).

A sépsis e o choque séptico, continuam a ser um desafio encarado pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde, desde há quase 30 anos. Muito se tem aprendido ao longo destes anos sobre a fisiopatologia da sépsis, sabendo-se que o reconhecimento precoce desta patologia e a implementação atempada de estratégias terapêuticas como a antibioterapia adequada e ressuscitação volémica apropriada são medidas-chave para aumentar a oportunidade de sobrevivência, permitindo não só a diminuição da mortalidade, mas também uma redução significativa dos custos em saúde. Assim, é essencial um esforço global para a sensibilização da população e dos profissionais de saúde (László et al., 2015).

As guidelines atualizadas para a gestão da sépsis e choque séptico na pessoa adulta, divulgadas pela Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2021, enfatizam cada vez mais a importância de que a identificação precoce continue a ser crucial para o tratamento eficaz da sépsis. Estas diretrizes recomendam a utilização de um programa de melhoria de desempenho no atendimento à pessoa com sépsis ou choque séptico, incluindo a utilização de uma ferramenta de triagem sistemática que permita o reconhecimento precoce de pessoas com sépsis (Evans et al., 2021).

Havendo evidência científica de que a eficácia da terapêutica depende da rapidez da sua instituição, o diagnóstico atempado da sépsis e a implementação de protocolos de atuação adequados são imperativos. A VVS visa implementar, em todos os Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde, um protocolo de identificação rápida e início imediato de estratégias terapêuticas a todas as pessoas com sépsis (Ministério da Saúde, 2019). De acordo com norma da DGS nº 10/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, todos os Serviços de Urgência devem implementar a VVS e possuir uma equipa de sépsis, constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro.

No serviço de urgência onde decorre o estágio foi detetada a inexistência da implementação da VVS, sendo esta uma problemática

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

• Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com sépsis ou choque séptico admitido no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar uma proposta de protocolo de atuação da VVS;
- Elaborar um póster com o protocolo de atuação da VVS;
- Elaborar uma folha de registos da ativação da VVS;
- Definir o circuito de atendimento ao doente com sépsis ou choque séptico admitido no SUMC;
- Construir uma proposta de registos sobre VVS para o sistema informático Alert@;
- Criar um dossier temático sobre a VVS;
- Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a Sépsis e VVS e apresentar os instrumentos criados.

7. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar ----- – Unidade de ----- que consentirem livremente, de forma informada e esclarecida, participar no estudo.

*Critérios de exclusão: Todos os outros profissionais de saúde que se encontram a desempenhar funções no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar ----- – Unidade de -----, que não pertencem à equipa de enfermagem.

8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A primeira fase consiste na aplicação de um questionário à equipa de enfermagem com o objetivo de colher dados sociodemográficos, profissionais e académicos para caracterização da mesma e ainda, conhecer a opinião dos enfermeiros desta equipa quanto à pertinência da temática em estudo, tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e a uniformização de procedimentos no atendimento ao utente com sépsis e choque séptico.

A segunda fase compreende a elaboração um protocolo de atuação da Via Verde Sépsis e realização de formação aos elementos da equipa de enfermagem, capacitando-os para a utilização deste instrumento.

A terceira fase diz respeito a criação de uma folha de registos da ativação da Via Verde Sépsis que permita, posteriormente a monitorização e avaliação da mesma.

9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO ESTUDO:

Com o objetivo de validar a pertinência do projeto, é imperioso a elaboração de um diagnóstico de situação fidedigno, motivo pelo qual se solicita a colaboração de todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica no preenchimento de um questionário.

Esse documento encontra-se dividido em duas secções distintas, sendo o mesmo composto por questões fechadas e de resposta individual. A primeira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de Enfermagem e a segunda secção compreende a apreciação da pertinência do tema em estudo.

O questionário segue em anexo.

10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica, profissional e académica e os relativos à validação da pertinência da proposta de projeto de intervenção serão recolhidos através do preenchimento de um questionário, (através da ferramenta GoogleForms), pelos elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica do Centro Hospitalar ----- – Unidade de -----.

O questionário supracitado, será organizado em duas secções, em que na primeira secção se pretende fazer a caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos participantes no estudo; a segunda secção é composta por questões relacionadas com a temática em estudo, nomeadamente sobre a validação da pertinência do mesmo.

A aplicação do questionário será prévia ao desenvolvimento da proposta do projeto de intervenção. Após o desenvolvimento do trabalho será dado conhecimento do mesmo à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação em serviço.

11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS

No decurso deste estudo os aspetos ético-legais decorrentes da investigação em enfermagem serão assegurados, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos através da codificação do instrumento de colheita de dados (questionário). O tratamento destes dados será utilizado exclusivamente pelos investigadores, no âmbito desta investigação e a identificação dos participantes será ocultada. Os dados serão guardados em local seguro e com acesso restrito aos investigadores. A participação neste estudo é voluntária, pelo que será entregue aos elementos da equipa de enfermagem um consentimento informado, livre e esclarecido.

12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO

- Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde Sepsis no Adulto, Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde. 1-27. disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1177/10782983211010155>

- László, I., Trásy, D., Molnár, Z., & Fazakas, J. (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2015). Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2015/510436>

- Ministério da Saúde. (2019). Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas.

- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43(3): 304-377. Disponível em https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx

- Singer, Mervyn, Deutschman, Clifford, Seymour, Christopher, Shankar-Hari, Manu MSc, Annane, Djillal, Bauer, Michael, Bellomo, Rinaldo, Bernard, Gordon, Chiche, Jean-Daniel, Coopersmith, Craig, Hotchkiss, Richard, Levy, Mitchell, Marshall, John, Martin, Gr, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *HHS Public Access*, 66(4), 801-811. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO

Eunice Maria Tiago Martins, enfermeira com a cédula profissional nº 51128, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 do Centro Hospitalar ----- Unidade Hospitalar de ----- e aluna do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, encontra-se a realizar o Estágio Final no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] da mesma instituição hospitalar. No âmbito deste estágio encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional denominado: " Protocolo Via Verde Sepsis: Práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico " sob supervisão clínica da Enf.ª Especialista em EMC ----- e com a orientação pedagógica da Prof.ª Mª Antónia Costa, que decorrerá entre outubro de 2021 e janeiro de 2022. A realização e desenvolvimento deste projeto visa melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente com suspeita de sepsis, através da elaboração e implementação de um protocolo de atuação da Via Verde Sepsis [VVS] e formação da equipa de enfermagem do respetivo serviço sobre a VVS Com o objetivo de validar a pertinência do presente projeto, é imperioso a elaboração de um diagnóstico de situação fidedigno, motivo pelo qual se solicita a colaboração de todos os enfermeiros do SUMC no preenchimento deste questionário. O documento encontra-se dividido em duas secções distintas, sendo o mesmo composto por questões fechadas de resposta individual. A primeira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de Enfermagem e a segunda secção compreende a apreciação da pertinência do tema em estudo. Estima-se que o preenchimento do questionário não ultrapasse os 5 minutos. A participação no estudo é voluntária e é livre de recusar participar ou tem o direito de desistir em qualquer momento, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo. No entanto, é de salientar que o seu contributo é de extrema importância para o desenvolvimento e concretização de projeto onde, se garante o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, não sendo estes utilizados para outros fins que não os descritos neste documento. Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em solicitar mais informações. Contacto: Correio eletrónico: emtmartins@gmail.com

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Questionário
- Consentimento informado
-
-

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Anexo 5 – Pedido de autorização à Presidente da Comissão de Ética do CH

Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação Projeto de intervenção profissional - Protocolo Via Verde Sepsis: (título)
Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Eunice Maria Tiago Martins (nome completo), na qualidade de Investigador Principal / Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 28/10/2021

Assinatura Eunice Maria Tiago Martins

Anexo 6 – Pedido de autorização à Presidente CA do CH

Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação Projeto de intervenção profissional - Protocolo Via Verde Sepsis: Práticas (título)
Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico

Eunice Maria Tiago Martins (nome completo), na qualidade de Investigador Principal / Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do [REDACTED] E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 28/10/2021

Assinatura Eunice Maria Tiago Martins

Anexo 7 – Certificado de participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Eunice Martins**, participou no **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021. (Duração:20horas)




Anibal Marinho


José António Pinho



Anexo 8 – Certificado de participação no 22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular
Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

22º

CONGRESSO NÚCLEO DE ESTUDOS
DOENÇA VASCULAR CEREBRAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

CERTIFICADO

Certifica-se que

Eunice Maria Tiago Martins

Participou no **22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, que se realizou em formato híbrido no Hotel Crowne Plaza no Porto, de 25 a 27 de novembro de 2021.

Coordenadora do NEDVC/SPMI

Luisa Fonseca

Dra. Luísa Fonseca



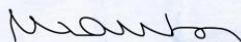
Anexo 9– Certificado de participação nas Jornadas “Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro”

JORNADAS

Enfermagem: Refletir na pandemia, Perspetivar o futuro

Certificado

Certifica-se que **Eunice Maria Tiago Martins** participou nas **Jornadas "Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro"**, comemorativas do Dia Internacional do Enfermeiro, que decorreram de 10 a 14 de maio de 2021, das 9 horas às 17 horas, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve.



Mariana Santos
Enfermeira Diretora



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Anexo 10 – Certificado de participação no Webinar “REBOA e Toracotomia na PCR traumática”



Certifica-se que

Eunice Maria Tiago Martins

participou no Webinar "**REBOA e Toracotomia na PCR traumática**", realizado no dia 28 de Junho de 2021, com a duração de 1 hora.

APEMERG
Tiago Carvalho
Tiago Carvalho
(Presidente da Direção APEMERG)
Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

Anexo 11 – Certificado de participação no Webinar “Novas Guidelines ERC 2021”



Certifica-se que

Eunice Martins

participou no Webinar **“Novas Guidelines ERC 2021”** realizado no dia **16 de Abril de 2021** com a duração de **02 horas**.

APEMERG
Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

Tiago Carvalho

Tiago Carvalho

(Presidente da Direção APEMERG)

Anexo 12 – Certificado de participação nas Jornadas do Mestrado de EMC – Área de Especialização em Enfermagem em Situação Crítica “Inovar em Tempo de Pandemia”



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que **Eunice Martins**, participou *online* nas Jornadas do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica '*Inovar em Tempo de Pandemia*', realizadas no dia 15 de outubro de 2021, entre as 9h00 e as 18h00, na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

O Diretor,

Assinado por: **RUI MANUEL DA FONSECA PINTO**
Num. de identificação: 11095463
Data: 2021.10.20 16:02:54 +0100
Certificado por: **Diário da República Eletrónico.**
Atributos certificados: **Diretor da Escola de Saúde
do Politécnico de Leiria - Instituto Politécnico de
Leiria.**

Anexo 13 – Certificado de participação no Simulacro “AeroFaro’20”

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Eunice Maria Tiago Martins**, portadora do Cartão de Cidadão n.º12428811, Enfermeira, com a cédula profissional n.º 51128, emitida pela Ordem dos Enfermeiros, foi elemento integrante do dispositivo planeado para o Exercício à Escala Real do Aeroporto Internacional de Faro, AeroFaro'20.

Demonstrou sempre no desempenho das funções, sentido de responsabilidade, conhecimentos técnicos e profissionalismo.

Por ser verdade e a pedido do próprio, é por mim emitida e assinada a presente declaração, bem como apenso o selo branco em vigor na instituição.

Faro, 01 de Outubro de 2020

Enfermeiro Diretor do INEM,

(Rui Campos, Enf.º)

Anexo 14 – Certificado de participação no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar

CERTIFICADO

Certifica-se que **Eunice Maria Tiago Martins**
participou no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, que decorreu no dia 18
de junho de 2021, num total de 8 horas.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **ÁNDREA MARINA GASPAR**
FIGUEIREDO - CARTÃO DE CIDADÃO
Número de identificação: BI122601815

ÁNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Assinado por: **LILIANA ANDREIA NEVES DA**
MOTA - CARTÃO DE CIDADÃO
Número de identificação: BI121477754

LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIJS



www.aeeemc.com

2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE



Anexo 15 – Comprovativo de comunicação oral livre, subordinada ao tema “Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar Salva Vidas?”

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Martins**, apresentou a comunicação oral livre **"Transfusão de Hemoderivados no Pré-hospitalar Salva Vidas?"**, da autoria de Ana Rita Martins, Ana Sofia Correia, Bárbara Lourenço, Eunice Martins, Ricardo Nunes e Mariana Pereira, no **2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar**, que decorreu no dia 18 de junho de 2021.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Acreditado por: **ÁNDREA FIGUEIREDO**
Associação por: **ÁNDREA FIGUEIREDO**
Num. de identificação: 8123471815
ÁNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Acreditado por: **LILIANA ANJÓIA NEVES DA MOTA**
Associação por: **LILIANA ANJÓIA NEVES DA MOTA**
Num. de identificação: 8123477766
LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIIS

   www.aeeemc.com
2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE



PROGRAMA 2º SEEH

09:30 – 09:45 | Abertura Oficial do Seminário

09:45 – 10:15 | Painel 1: A Enfermagem em Emergência Extra-hospitalar na Europa

Moderadora: Catarina Tavares – Enfermeira EEMC, CHUA, VMDR Faro e Albufeira, HEM Algarve

Conferência 1: "The prehospital nursing model in the Netherlands: challenges and health outcomes" – Wim Beeman, Nurse Practitioner Emergency Care, Ambulance Rotterdam – Rijmond, Lecturer in the Master of Advanced Nursing Practice, Rotterdam University.

Conferência 2: "Importância do Enfermeiro no Cuidado de Emergência Móvel" – Ricardo Delgado Sánchez, Enfermeiro Coordenador Sanitário 1-1-2, GUSTIS, SISCAM, Castilla – La Mancha, España. Coordenador Secretariado de Emergencias, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, SEMES.

11:05 – 12:15 | Sessões paralelas – comunicações livres

12:15 – 12:30 | Ponto de situação da Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar em Portugal

12:30 – 14:00 | Pausa para almoço

14:00 – 15:15 | Painel 2: COVID-19: partilha de experiências

Moderadora: Fernanda Príncipe – Diretora da Área de Ensino de Enfermagem da ESSNorteCVP

Luis Gonçalves – Major da Direção de Saúde, Força Aérea Portuguesa

Ether Peramato – Enfermeira de Emergências SI&E e CCUE de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

Luis Soares – Enfermeiro EEMC, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Laila Sales – Enfermeira EEMC, Coordenação Nacional de Emergência da Cruz Vermelha Portuguesa

15:15 – 16:00 | Painel 3: Intervenção do Enfermeiro que ganha em saúde?

Moderador: Mauro Mota – Enfermeiro EEMC, ESSV-IPV, Hospital Nossa Senhora da Assunção, Seia

STAT: Sistema de Triagem e Acolhimento Telefónico – Sita Jardim, Enfermeira EEMC, Serviço de Emergência Médica Regional da Madeira

Linha de Emergência Médica e Linha de Saúde Açores – Isara Trosão, Enfermeira, Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

Nurses' Interventions in Swedish pre-hospital health outcomes – Carl Magnusson, Prehospital Emergency Nurse, Department of Prehospital Emergency Care, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg

O Enfermeiro SI&E e a Via Verde Coronária – Luis Lopes, Enfermeiro EEMC, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

16:00 – 17:00 | Debate: A importância da Enfermagem Médico-Cirúrgica na Emergência Extra-Hospitalar

Moderador: Mário Branco, Enfermeiro EEMC, APEMERG, Centro Hospitalar Universitário de São João

Ándrea Figueiredo – Presidente da AEEEMC

Leonardo Ribeiro – Coordenador Adjunto do SEMER

Liliana Mota – Presidente do Conselho Técnico-Científico da ESSNorteCVP

Tiago Amorim – Vice-Presidente da APEMERG

Vasco Monteiro – Enfermeiro EEMC, INEM I.P.

Nuno Ferreira – Secretário da Mesa do Colégio de Especialidade de EMC da OE

17:00 – 17:45 | Encerramento do Seminário

   www.aeeemc.com
2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE



Anexo 16 – Comprovativo de aceitação de resumo para publicação em livro de Atas/Resumos na
Revista RIIS



Eunice Martins <emtmartins@gmail.com>

FW: Comunicação de aceitação de Resumo e informações para apresentação - 2º SEEH

Rita Martins <ritamartins.88@hotmail.com> 22 de março de 2022 às 13:43
Para: Eunice Martins <emtmartins@gmail.com>, Bárbara Lourenço <barbara.consul@ua.pt>, Sofia Correia <asjc@hotmail.com>, "rikardo.nunes@hotmail.com" <rikardo.nunes@hotmail.com>

De: AEEEMC AEEEMC <seeeh2021@gmail.com>
Enviado: 4 de junho de 2021 11:41
Para: ritamartins.88@hotmail.com <ritamartins.88@hotmail.com>
Assunto: Comunicação de aceitação de Resumo e informações para apresentação - 2º SEEH

Exmo/ Sr/a Enfermeiro/a,
Ana Rita

A Comissão Científica do 2º SEEH informa que o seu resumo submetido a comunicação oral intitulado "Transfusão de hemoderivados no pré-hospitalar salva vidas?" foi aceite.

Relembramos algumas informações importantes:

A sua comunicação está numerada (003) e será essa a ordem da sua apresentação.
As comunicações livres decorrerão na manhã do dia **18/06/2021** entre as **11:15 e as 12:15 horas**. A apresentação da comunicação oral deverá ser enviada para o mail seeeh2021@gmail.com, em formato powerpoint, até às **23h59min do dia 12/06/2021**.

A comunicação livre deverá ter no máximo **10 min.** para apresentação, havendo lugar posteriormente à colocação de questões pelos participantes do evento e/ou moderador(es) da mesa. A comunicação oral deve ser apresentada apenas, pelo autor indicado como "apresentador" no formulário de apresentação.

Na véspera do evento irá receber um link para poder aceder à sala de comunicações orais, **este link é pessoal e não deve ser de forma nenhuma cedido a terceiros, mesmo que autores da comunicação. O apresentador da comunicação oral tem de estar obrigatoriamente inscrito no evento. Caso esta condição não se verifique, não poderá efetuar a apresentação.**

A avaliação da comunicação oral será realizada pela Comissão Científica, através do resumo agora aceite e pela apresentação efetuada no dia do evento, que selecionará qual a comunicação oral que receberá o "Prémio de Melhor Comunicação Oral". Este anúncio será efetuado na sessão de encerramento do 2º SEEH.

Relembramos que todos os resumos aceites serão publicados em livro de Atas/Resumos na Revista RIIS, em edição a anunciar posteriormente.

Gratos pela sua participação, aguardamos pela sua presença,
Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão Organizadora,
Isabel Costa
AEEEMC

--

AEEEMC
Telemóvel: 926882860
Site: <https://www.aeeemc.com/>
Facebook: @aeeemc
Twitter: @aeeemc1
YouTube: AEEEMC

Anexo 17 – Declaração de estágio no CMPCOS



[REDACTED]
Câmara Municipal



DECLARAÇÃO

[REDACTED] Coordenador Municipal de Proteção Civil de [REDACTED] declara para os devidos efeitos que a Enfermeira **Eunice Maria Tiago Martins**, realizou estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil de [REDACTED] sob minha orientação, nas seguintes datas:

- Dias 02 e 03 de dezembro de 2021;
- Dia 07 de dezembro de 2021;

Participando nas seguintes atividades:

- Reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil de [REDACTED]
- Reunião ordinária da Subcomissão Municipal Permanente para a COVID-19;
- Briefing Diário do Serviço Municipal de Proteção Civil de [REDACTED]
- Briefing Distrital no Âmbito da ativação do Plano Distrital de Proteção Civil;
- Participação no processo de planeamento e instalação do Centro Municipal de vacinação de [REDACTED]

Portimão, 07 de dezembro de 2021

O Coordenador Municipal de Proteção Civil,

[REDACTED]
COORDENADOR MUNICIPAL
PROTEÇÃO CIVIL

[REDACTED]

Anexo 18 – Certificado de competência VMER – Enfermeiros

Departamento de Formação em Emergência Médica
De acordo com a Portaria n.º 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência



VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

8 de Fevereiro de 2021

Competência Adquirida:
Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Certifica-se que

Eunice Maria Tiago Martins

Nascida a 8 de Maio de 1983, em Monchique, de nacionalidade PORTUGAL, portador do N.º de Identificação Civil 12428811, concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de VMER.

Lisboa, 11 de Fevereiro de 2021

O Departamento de
Formação em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado n.º: 1/4/081-1.0-0312/19371/2021
Válido por 5 anos

Mod. INEM.279/1



Anexo 19 – Certificado de formação profissional – Módulo de Emergências de Trauma



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Accreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Eunice Maria Tiago Martins, nascido(a) a 08-05-1983, em Monchique, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12428811, concluiu com aproveitamento, em 16-11-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Emergências Trauma

que decorreu de 15-11-2019 a 16-11-2019, com a duração total de 17,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Faro , 23-12-2019



Co-financiado por:



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º 24/Z / 064-1.0-0312/44894/19371/2019

Válido até Novembro de 2024

Mod. INEM.061/2

Anexo 20 – Certificado de formação profissional – Módulo Transporte de Doente Crítico e Situações de Exceção



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Eunice Maria Tiago Martins, nascido(a) a 08-05-1983, em Monchique, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12428811, concluiu com aproveitamento, em 20-11-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção

que decorreu de 19-11-2019 a 20-11-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto

Centro de Formação DR Sul - Faro , 23-12-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Cofinanciado por:



Certificado N.º 41/Z/ / 065-1,0-0312/44896/19371/2019

Válido até Novembro de 2024