

**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

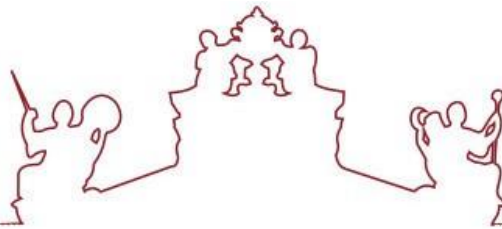
**Relatório de Estágio – Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com
necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo**

Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes

Orientador (es) | Hugo Miguel Martins Alves Franco

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

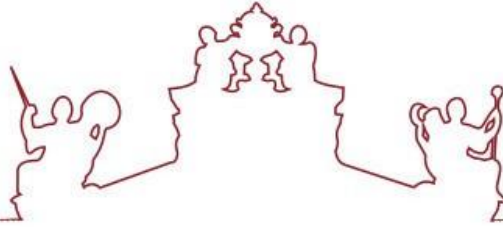
**Relatório de Estágio – Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com
necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo**

Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes

Orientador (es) | Hugo Miguel Martins Alves Franco

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) (Orientador)

Isabel Bico (Universidade de Évora) (Arguente)



AGRADECIMENTOS

Quero deixar o meu profundo agradecimento,

Aos meus pais, não existem palavras para descrever...

Aos meus filhos, Tomás e Gabriel, pelo amor incondicional e pelo tempo que não lhes dediquei.

Ao Hélder, por ser o meu pilar em todos os momentos.

Aos meus amigos, especialmente ao Marco e à Raquel, pela motivação e disponibilidade.

Ao grupo *Especialité*, pelos momentos de partilha e por tornarem este percurso mais leve.

Ao Professor Hugo Franco, pela orientação, motivação e apoio.

A toda a equipa da SCI, pela forma como me acolheram, em particular à Enf.ª I. e à Enf.ª I..

A todos os colegas de trabalho, pela compreensão.



RESUMO

Este relatório tem como objetivo a realização de uma análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem, com ênfase no estágio final realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

É ainda apresentado o projeto de intervenção profissional, cujo tema “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo” recaiu sobre um procedimento setorial com as intervenções de enfermagem individualizadas relativas a essa técnica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do Serviço onde ocorreu o estágio final.

A oxigenoterapia nasal de alto fluxo é considerada a primeira linha de tratamento na pessoa com insuficiência respiratória hipoxémica, contudo a sua utilização deve ser ajustada de forma individualizada pois são recentes os dados relativos à sua utilização.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Oxigenoterapia nasal de alto fluxo; Enfermagem Médico-Cirúrgica



Nursing care for the person in a critical situation in need of high flow nasal oxygen therapy

ABSTRACT

This report aims to carry out a critical and reflective analysis of the development and acquisition of common skills of the Specialist Nurse and specific to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - Person in Critical Situation and Master in Nursing, with emphasis on the final stage carried out in an Intensive Care Unit.

The professional intervention project is also presented, whose theme "Nursing care for the person in a critical situation in need of high flow nasal oxygen therapy" fell on a sectoral procedure with individualized nursing interventions related to this technique, contributing to the continuous improvement of the quality of the Service where the final stage took place.

High-flow nasal oxygen therapy is considered the first line of treatment for people with hypoxemic respiratory failure, however its use must be individually adjusted as data on its use are recent.

Key words: Person in critical situation; High flow nasal oxygen therapy; Medical-Surgical Nursing



ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice I – Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo: <i>Scoping Review</i>	LXXXIX
Apêndice II – Análise SWOT	XCIV
Apêndice III – Procedimento Setorial	XCVI
Apêndice IV – Proposta de Projeto de Intervenção Profissional	CV
Apêndice V – Artigo Científico	CXI
Apêndice VI – Póster “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo”	CXIV
Apêndice VII – Plano de Projeto de Estágio	CXVI
<hr/>	
Anexo I – Elemento de ligação ao grupo de trabalho “Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes” (Comprovativo de participação)	CXXVII
Anexo II – Introdução à Eletrocardiografia (Comprovativo de Formação).....	CXXIX
Anexo III – Jornadas de Enfermagem em Cirurgia (Comprovativo de Participação).....	CXXXI
Anexo IV – “Síndrome Compartimental” (Elaboração e apresentação de póster).....	CXXXIII
Anexo V – Precauções básicas de controlo de infeção, precauções básicas de vias de transmissão e coronavírus (Comprovativo de Formação)	CXXXV
Anexo VI – Transporte de Doente Crítico (Comprovativo de Formação)	CXXXVII
Anexo VII – Uso de EPI em unidades de isolamento (Certificado de Presença).....	CXXXIX
Anexo VIII – Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência; Emergências Cardiológicas; Abordagem ao Doente Politraumatizado; Ventilação Mecânica Não Invasiva; Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência (Comprovativo de Formação).....	CXLI
Anexo IX – Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar	CXLIII
Anexo X – Suporte Avançado de Vida (Comprovativo de Formação).....	CXLV
Anexo XI – ITLS (Comprovativo de Formação).....	CXLVII
Anexo XII – Jornadas de Atualização Cardiológica (Comprovativo de Participação).....	CXLIX
Anexo XIII – V Jornadas do Serviço de Urgência Geral (Comprovativo de Participação)	CLII

Anexo XIV – III Seminário Internacional sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde (Comprovativo de Participação) CLIII

Anexo XV – Curso de Triagem de Prioridades (Comprovativo de Formação) CLV

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR – Área Dedicada a Doentes Respiratórios

AO – Assistentes Operacionais

APA – *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHMS – Centro Hospitalar da Margem Sul

Covid 19 – *Coronavirus disease*

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPVA – Equipa de Prevenção de Violência no Adulto

FR – Frequência Respiratória

GC – Gabinete de Crise

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

L/min – Litros por minuto

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONAF – Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

ONDR – Observatório Nacional Doenças Respiratórias

PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio

PCE – Plano de Catástrofe Externo

PEEP – Pressão expiratória final positiva

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em situação crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-Cov2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SO – Serviço de Observação

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigênio

SUG – Serviço de Urgência Geral

TA – Tensão Arterial

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

°C – *Graus Celcius*

% – Porcento

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	20
1.1. Instituição/ Centro Hospitalar da Margem Sul.....	21
1.1.1. Serviço de Cuidados Intensivos - missão e população alvo	23
1.1.2. Serviço de Cuidados Intensivos - Recursos Humanos	24
1.1.3. Serviço de Cuidados Intensivos - Estrutura e equipamento	26
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	27
2.1. Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.....	30
2.2. “De iniciado a perito” – Patricia Benner	32
2.3. Pessoa em situação crítica com Insuficiência Respiratória Aguda.....	34
2.4. Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo.....	36
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	42
3.1. Metodologia de projeto	45
3.1.1. Diagnóstico de Situação	46
3.1.2. Definição dos Objetivos.....	47
3.1.3. Planeamento e execução	48
3.1.4. Avaliação e Divulgação.....	50
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	52
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	55
4.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	55
4.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	58
4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	63
4.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais	66
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro de EMC PSC.....	68

4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	69
4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação	73
4.2.3. 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	79
CONCLUSÃO.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, inserida no 3º semestre, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Universidade de Évora. Este tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre, na vertente da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC) após discussão pública e respetiva aprovação, tendo como finalidade descrever e refletir acerca do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências através da metodologia de projeto, implementada durante o estágio final.

De acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro de 2016, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 – O grau de Mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobrada em áreas de especialização (Decreto – Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Artigo 15, p. 3174).

Como objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem destacam-se:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão de cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Mestrado em Enfermagem em Associação, 2021).

O Artigo 20º do Decreto-Lei supracitado acrescenta que o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre integra:

- a) Um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado (...);
- b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto (...) ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (Decreto – Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Artigo 20, p.3176). Assim, com o objetivo de obtenção de grau de Mestre, elaboramos este relatório, como já referido anteriormente.

O programa deste mestrado inclui estágio em contexto de prática clínica, sendo esta fundamental para a aprendizagem e vista como um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento de competências, uma vez que é um momento privilegiado para a integração teórico-prática do conhecimento (Baixinho & Ferreira, 2021). Deste modo, os objetivos de aprendizagem definidos para o estágio final foram:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem Médico – Cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;

- Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo (Mestrado em Enfermagem em Associação, 2021).

Assim, a realização do relatório é a última etapa no percurso formativo de aquisição de competências, com o objetivo de interligar os conhecimentos apreendidos também nas unidades curriculares, constituintes do plano de estudo em vigor neste curso de mestrado, integrando todos estes conhecimentos na prática diária de cuidados especializados. Patrícia Benner, destaca a importância dos contextos clínicos para o desenvolvimento de competências, onde ocorre uma convergência dos conhecimentos teóricos com as práticas realizadas, contribuindo para importantes aprendizagens experienciais (Benner, 2001).

De acordo com Guo *et al.* (2020) a aprendizagem baseada na metodologia de projeto é vista como uma abordagem promissora baseada em investigação, que deve centrar-se na solução e resolução de um problema identificado, sendo este o principal objeto de estudo neste tipo de metodologia, promovendo através da aplicação prática dos conhecimentos teóricos já apreendidos, adquirir competências e capacidades pessoais (Guo, Saab, Post, & Admiraal, 2020). O trabalho desenvolvido tratou-se de um projeto de intervenção profissional que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC. O tema escolhido – “*Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo*”, que incide mais concretamente sobre a pessoa com Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) com necessidade de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF), foi despertado pela Enfermeira orientadora do estágio final tendo em conta que existem lacunas no local de estágio, uma vez que se trata de uma temática relativamente recente, mas que tem vindo a ter crescente importância no tratamento de patologias respiratórias. É uma técnica que tem conquistado grande notoriedade nos últimos anos, muito utilizada na pessoa infetada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS*

Cov2) e atualmente utilizada como primeira linha de tratamento da insuficiência respiratória aguda hipoxêmica com vários benefícios, salientando-se o conforto da pessoa.

De acordo com os estudos de Swaminathan, Spruit *et al.* e Lee, Burge & Holand, como citados por Santos (2019) as alterações da função respiratória por vezes resultam em alterações fisiopatológicas das vias aéreas, do sistema mucociliar, da força da musculatura respiratória, que por sua vez podem conduzir a uma diminuição da eficácia da tosse comprometendo a ventilação pulmonar e, conseqüentemente, a permeabilidade das vias aéreas resultando em situações patológicas (Santos, 2019).

Segundo o Observatório das Doenças Respiratórias, estas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível nacional (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Assim e tendo em conta o contexto pandémico por SARS-Cov2, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com Insuficiência Respiratória Aguda merecem especial atenção. A procura por novas soluções de tratamento para a pessoa com IRA levou a que se desenvolvessem novas técnicas de oxigenoterapia, que proporcionassem um maior conforto e menos efeitos adversos, apostando assim em técnicas menos invasivas. Nesse contexto surgiu então a ONAF que demonstra um avanço importantíssimo nas alternativas de suporte ventilatório não invasivo neste tipo de doentes, sendo uma terapia de apoio segura e útil em diversas situações clínicas (Pires, Marques, & Masip, 2018).

O estágio profissional e o projeto de intervenção profissional desenvolveram-se durante 18 semanas num Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) de um Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS), sob orientação pedagógica do Professor Hugo Franco e supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista em EMC, no período compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022. As atividades desenvolvidas ao longo deste tiveram como objetivo atingir as competências de enfermeiro especialista, permitindo interligar os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado e o desenvolvimento das competências específicas de EMC- PSC. Foi em contexto de estágio final que foi aprofundado o conhecimento sobre a pessoa em situação crítica sob ONAF, durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados, a pessoas com alterações da sua funcionalidade decorrentes de situações de doença grave com necessidade de internamento no SCI, sob supervisão de um Enfermeiro Especialista em EMC. A escolha do local de estágio esteve relacionada com preferências pessoais, uma vez que desempenhamos funções num Serviço de Urgência Geral (SUG), e o SCI permitiu-nos prestar cuidados à pessoa em situação crítica num contexto diferente do nosso dia-a-dia, promovendo

as nossas competências e permitindo levar novas aprendizagens para o nosso contexto de prática clínica.

Após escolha do tema, utilizamos a metodologia de projeto. Por forma a suportar a intervenção de enfermagem especializada na melhor e mais recente evidência, foi realizado um mapeamento da literatura cinzenta e bases de dados, seguindo-se uma *Scoping review* (Apêndice I), na qual foi utilizado protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2014).

A temática em destaque no presente relatório enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, proposta para este mestrado, o que vai de encontro às Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade do Enfermeiro Especialista, mais concretamente Competência B2, cujo descritivo refere : “*O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua*” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série).

Pelo evidente enquadramento na área da pessoa em situação crítica e para o processo de desenvolvimento de competências e execução do projeto de intervenção, a teoria do Conforto de Kolcaba teve especial destaque. A ONAF, quer pela sua interface, quer por todo o mecanismo que o alto fluxo promove, ao fornecer oxigénio aquecido e humidificado, contribuem para que um dos seus principais benefícios seja o conforto, melhorando o *outcome* da pessoa traduzindo-se em importantes ganhos no conforto e bem-estar. Para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão é necessário que as teorias, pesquisa e prática clínica estejam relacionadas (Lima, Guedes, da Silva, de Freitas, & Fialho, 2016). Os enfermeiros assumem um papel fundamental no cuidar à pessoa em situação crítica. O conforto do doente crítico é uma área de relevo para os enfermeiros, não só pela relação que estabelece com o doente, mas também pelo seu trabalho de proximidade (Bravo, 2020).

No entanto deve ser salientado que todos os momentos de aprendizagem vividos no SCI, em conjunto com o projeto de intervenção profissional realizado, permitiram a aquisição completa das competências esperadas, completando eventuais limitações associadas à especificidade do SCI. Foram assim preenchidos os requisitos académicos e curriculares estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e para a aquisição de competências de Mestre, considerando os pressupostos previstos nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo.

No que concerne ao processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, é esperado sejamos capazes de desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e ainda na aprendizagem profissional (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série). O modelo de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de fundamento durante o nosso percurso formativo, uma vez que somos profissionais há 12 anos em contexto de Urgência, identificando-nos assim com esta autora, uma vez que Benner enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experimental, pelo que a análise reflexiva do desenvolvimento de competências vai ser enquadrada de acordo com esta autora.

A nível das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC -PSC , este deve possuir capacidades para cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/o falência orgânica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série).

O presente relatório apresenta-se assim como um instrumento de aprendizagem, de avaliação e reflexão, tendo sido delineado como objetivo geral deste demonstrar a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, assim como as competências de Mestre, desenvolvidas ao longo do Estágio Final. Os objetivos específicos passam por apresentar o quadro teórico e conceptual que constituiu o pilar deste relatório; divulgar o projeto desenvolvido no decorrer do Estágio Final com a evidência científica já produzida por meio da *Scoping review* (Apêndice I) elaborada e realizar uma análise reflexiva das atividades e competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC- PSC e as Competências de Mestre em Enfermagem.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos principais. O **primeiro** retrata a análise do contexto onde o projeto de intervenção profissional foi implementado, nomeadamente o hospital e o serviço. O **segundo** capítulo trata do contexto teórico e conceptual, onde se elaborou um pequeno enquadramento acerca das teorias de Enfermagem que nos acompanharam neste percurso e a fundamentação teórica sobre a temática escolhida.

O **terceiro** diz respeito à estratégia de intervenção profissional, onde se elaborou um enquadramento teórico de forma a contextualizar a problemática identificada, explicitando os modelos teóricos e conceptuais que serviram como base na implementação da mesma. O **quarto** capítulo aborda o processo de aquisição de competências, surgindo da reflexão pessoal acerca de todos os conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo deste percurso, não só académico, mas também profissional, dando especial destaque às experiências vivenciadas no local de estágio final. Após a análise das competências adquiridas surge a **conclusão** que aborda o percurso delineado e concretizado, assim como as principais dificuldades encontradas. Por último pode ser consultado um conjunto de Apêndices e Anexos, que integram este relatório, com documentos que correspondem a trabalhos desenvolvidos ou certificados de formações que ajudaram à aquisição de competências durante o nosso percurso profissional.

Para elaboração do presente trabalho, foram utilizadas as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, sendo que o texto foi escrito segundo o novo acordo ortográfico.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo será realizada uma breve descrição da Instituição e caracterização do serviço onde decorreu o Estágio Final e onde foi desenvolvido o projeto de intervenção. Serão abordados os recursos humanos e materiais disponíveis para a prática especializada de EMC no SCI do CHMS. O estágio final permitiu o desenvolvimento de várias atividades que contribuíram para a consolidação e aquisição de conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em EMC – PSC e de Mestre em Enfermagem. Assim, fazemos também a caracterização do CHMS e a sua missão. Os dados usados foram recolhidos através da observação direta e pesquisa em documentos oficiais do CHMS.

Segundo Guo *et al.* (2020) a utilização de projetos é fundamental nos Cuidados de Saúde possibilitando atuar em várias áreas da atividade profissional e auxiliar na elaboração de estratégias e parcerias que aumentam a qualidade dos cuidados (Guo, Saab, Post, & Admiraal, 2020). Após entrevista informal com a Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora de estágio e validação das necessidades do Serviço, foi escolhido o tema ONAF.

A maior fração de horas de estágio final foram realizadas no SCI, no entanto foram também realizados estágios de observação participativa com o Enfermeiro Interlocutor da Qualidade do SUG (Serviço de Urgência Geral) e com o Enfermeiro Coordenador da Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR – SUG e ADR – Serviço de Observação - SO) do CHMS.

Por definição a medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) (Paiva, et al., 2017).

As primeiras unidades de cuidados intensivos em Portugal surgiram no fim da década de 50 do século passado e em 2003 foi publicado o único texto normativo sobre a arquitetura da rede de referência na área da medicina intensiva, denominada: “Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento” (Paiva, *et al.*, 2017). No entanto, algumas UCI de várias instituições hospitalares evoluíram para SMI, tendo como missão a gestão do doente crítico à escala hospitalar e em hospitais de grandes dimensões verificou-se gradual integração de várias unidades intensivas e de unidades intensivas e intermédias sob a mesma gestão e governação clínica e dentro do mesmo serviço (Paiva, *et al.*, 2017).

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva (2017), na Europa são ventilados em SMI, por doença crítica, cerca de 990.000 a 1.500.000 doentes/ano, internados com lesão pulmonar aguda entre 85.000 e 410.000 doentes por ano e admitidos com sépsis cerca de 1.400.000 doentes/ano. A expansão das apelidadas doenças da civilização, como a *Diabetes Mellitus* e a Hipertensão arterial e o envelhecimento da população, levam a um aumento das necessidades de Medicina Intensiva (Paiva, *et al.*, 2017). A função respiratória é também uma das funções vitais frequentemente ameaçada na pessoa em situação crítica, constituindo umas das complicações mais frequentes em UCI. O estágio final teve a particularidade de ser realizado em contexto de pandemia por *SARS-Cov2*, o que levou a que as emergências respiratórias fossem as causas mais frequentes de internamento em SCI. A instituição foi alvo de reestruturação, quer física quer a nível de recursos humanos, criaram-se novos circuitos, os chamados “circuito limpo” e “circuito do doente respiratório”. Esta situação levou a abertura de outro piso de UCI focado em doentes do foro respiratório por *SARS-Cov2*, onde são tratados inúmeros doentes com IRA, o que levou a procura de terapias respiratórias não invasivas, mas que mostrem ser eficazes no tratamento desta patologia, como é o caso da ONAF. Foi então neste cenário que nos foi possível prestar cuidados de enfermagem individualizados à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF.

Salienta-se a obtenção de creditação por 12 anos de experiência profissional em contexto de Urgência, no que diz respeito à UC Estágio 1. Na prática de enfermagem as experiências vivenciadas detêm características únicas segundo cada indivíduo, o contexto, as interações e o tempo despendido (Benner, 2001).

1.1. Instituição/ Centro Hospitalar da Margem Sul

O CHMS foi criado em 2005, encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integra dois hospitais com proximidade geográfica entre si – um hospital distrital e uma unidade centrada no tratamento de clientes do foro ortopédico - e que têm por missão:

a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o

desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (CHMS – Manual de Acolhimento de Novos Profissionais, 2017, p.5).

A visão da instituição tem como objetivo:

ser reconhecido como instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação de cuidados de saúde (CHMS – Manual de Acolhimento de Novos Profissionais, 2017, p.5).

Desenvolve ainda:

atividades complementares, como as de ensino pré e pós-graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que reja a matéria dos processos de ensino e aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo de se permitir a celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados (CHMS – Manual de Acolhimento de Novos Profissionais, 2017, p.5).

O CHMS é formado pelos departamentos de Medicina, Cirurgia, Aparelho Locomotor, Anestesiologia, da Mulher e da Criança, Psiquiatria e Saúde Mental e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Segundo o seu regulamento interno, os princípios que alicerçam a atividade do CHMS e de todos os seus departamentos são a humanização e não discriminação, o respeito pela confidencialidade e dignidade individual, a promoção da saúde na comunidade, a atualização face aos avanços da investigação e da ciência, a excelência técnico-profissional, a ética profissional, a promoção da multidisciplinaridade e o respeito pelo ambiente (CHMS – Regulamento Interno, 2017).

O CHMS beneficia a adoção de meios de interação com a comunidade onde se inclui, particularmente instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de ensino e de segurança social, instituições académicas, escolas de formação profissional, autarquias locais, instituições particulares de solidariedade social e outras de âmbito local, regional, nacional e internacional de reconhecido interesse público (CHMS – Regulamento Interno, 2017).

Na sua atividade, o CHMS privilegia a adoção de formas de interação com a comunidade onde se inclui, nomeadamente com as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de ensino e de segurança social, instituições académicas, escolas de formação profissional, autarquias locais, instituições particulares de solidariedade social e outras de âmbito local, regional, nacional e internacional de reconhecido interesse público (CHMS – Regulamento Interno, 2017).

O CHMS baseia a sua atuação com o objetivo da prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo adequado, o aumento da eficácia e eficiência, mantendo um quadro de equilíbrio económico e financeiro. Outros objetivos são o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde, reabilitação, convalescença e cuidados paliativos, implementação de programas de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização e a promoção da investigação e da formação profissional (CHMS – Regulamento Interno, 2017).

1.1.1. Serviço de Cuidados Intensivos - missão e população alvo

O SCI é uma unidade integrada no CHMS, foi inaugurada em 1985 e posteriormente renovada em 2014. Encontra-se integrado no Departamento de Anestesiologia do CHMS e integra três unidades funcionais: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI 1º piso), UCI Covid (3º piso) e Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar (EEMI), correspondendo a uma Unidade Médica nível III, segundo as características definidas pela DGS (Direção Geral de Saúde). Está dotada de capacidade estrutural, técnica e científica, assim como da organização necessária para tratamento de doentes críticos com disfunção múltipla de órgãos. Atuando em nível III de cuidados intensivos, preferencialmente deverá admitir doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais de forma a maximizar a sua eficácia. Trata-se de uma Unidade Polivalente, uma vez que acolhe doentes médicos e cirúrgicos sem predominância de uma especialidade específica. A UCI 3º Piso foi criada para alargar a assistência ao doente crítico por patologia SARS-Cov2 e a EEMI foi criada para alargar a assistência ao doente crítico para lá da área geográfica da UCI, de forma a dar resposta aos cuidados urgentes aos doentes internados em risco, sendo ainda responsável pelo atendimento aos utentes e profissionais que circulam nas áreas comuns do hospital sempre que se justifique. A EEMI depende hierárquica e

funcionalmente do SCI, encontra-se desativada desde março de 2020, início da pandemia por *Covid-19* (CHMS – Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos, 2018).

O SCI é o local de eleição para o doente crítico, articulando-se com as outras Unidades de Cuidados Intensivos do CHMS, de menor nível (Unidades de Cuidados Intermédios ou de níveis I e II), para dar resposta aos cuidados urgentes aos doentes internados. A relação funcional estende-se ao Serviço de Urgência e às Vias Verdes Coronária e de Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como aos Blocos Operatórios do CHMS para garantir os cuidados de Medicina Intensiva, quando estes são necessários (CHMS – Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos, 2018).

A UCI funciona como Unidade de referência das outras Unidades de cuidados aos doentes críticos do Hospital. Muitos doentes são admitidos diretamente do Serviço de Urgência e dos Blocos Operatórios, mas poderão provir de qualquer enfermaria do CHMS (CHMS – Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos, 2018).

1.1.2. Serviço de Cuidados Intensivos - Recursos Humanos

Relativamente aos Recursos Humanos, o SCI é constituído por uma equipa de enfermagem e de assistentes operacionais (AO) fixa e uma equipa médica mista, uma vez que existem elementos fixos e outros rotativos e que não estão vinculados à instituição em regime de exclusividade.

Em relação aos cuidados de enfermagem, o rácio previsto é de um enfermeiro para cada dois doentes, de acordo com os rácios estabelecidos para os níveis de cuidados prestados aos doentes segundo o Regulamento nº 743/2019 – Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, conforme com o publicado em Diário da República (2019), 2ª Serie, nº 184, de 25 de setembro de 2019. A equipa é constituída por 47 enfermeiros na sua maioria com vasta experiência em UCI, dos quais a Enfermeira Coordenadora é especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, 5 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 10 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma enfermeira é especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Assim sendo existem 6 equipas com 7/8 elementos, em que o chefe de equipa é especialista em EMC e que para além de desempenhar um papel de coordenação da sua equipa, substitui a enfermeira coordenadora na sua ausência (CHMS – Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos, 2018).

Os enfermeiros especialistas em reabilitação, realizam a sua intervenção de especialista durante o turno da manhã e tarde, sendo extranumerários aos elementos destacados para assegurar os restantes cuidados durante o turno.

O Enfermeiro chefe de equipa do turno é, preferencialmente, um Enfermeiro especialista, profissional que integra as competências comuns e específicas na área de especialização provido de um conjunto de habilidades e um saber diferenciado em situações de um alto nível de complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados é o método individual, isto é, a sua atenção é centrada nas necessidades dos doentes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, no qual o enfermeiro, durante o turno é responsável pela prestação de todos os cuidados aos doentes que lhe foram distribuídos (Slyter, et al., 2015).

De acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista: *“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na sua equipa de saúde”* e *“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série). Deste modo, a distribuição de doentes é feita pelo chefe de equipa, geralmente dois doentes por Enfermeiro, conforme a gravidade do doente e o número de internamentos. Regra geral o SCI é assegurado por 7 enfermeiros em todos os turnos, em que 1 é o chefe de equipa e lhe é atribuído um utente e os outros enfermeiros têm atribuídos 2 utentes. Os 7 elementos são distribuídos pelas Unidades do 1º e 3º pisos (4 enfermeiros piso 1 e 3 enfermeiros no piso 3), de acordo com os rácios acima referidos. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam a *“(…) utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Salientar que em todos os turnos existia um elemento destacado para a equipa de emergência interna, constituída ainda por um médico e que funciona mediante ativação telefónica, prestando auxílio a todas as pessoas que se encontrem dentro da instituição e que por algum motivo tenham uma complicação aguda. Assim, esta equipa pode ser ativada para socorrer um visitante ou um doente já internado com agudização severa do seu estado geral e que necessite de cuidados diferenciados, como ventilação mecânica invasiva (CHMS – Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos, 2018).

1.1.3. Serviço de Cuidados Intensivos - Estrutura e equipamento

O SCI possui uma lotação de 12 unidades, divididas entre o primeiro e terceiro pisos da instituição. Ambos os pisos possuem cinco unidades individuais em área comum/ “*open-space*”, havendo uma zona de trabalho de enfermagem/controlo central com visão direta sobre todas as camas. A UCI situada no primeiro piso do CHMS apresenta também duas “adufas” destinadas a isolamentos. O terceiro piso, atualmente reservado e preparado para receber doentes com patologia a SARS Cov2, apresenta cinco unidades. Em ambos os pisos existem várias salas e arrumações que dão apoio ao Serviço. A UCI do primeiro piso possui ainda uma área de receção/secretariado, dois gabinetes médicos multifuncionais – gabinetes de trabalho clínico, reuniões, atendimento aos familiares, direção de serviço e repouso médico – um gabinete de enfermagem, dois sanitários para profissionais, uma copa, um pequeno laboratório, um armazém de equipamentos com uma área anexa para limpeza de materiais, uma sala para material de consumo clínico, uma sala de sujos e um vestiário para profissionais (Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar da Margem Sul, 2018). O método de funcionamento e o material nos dois pisos são idênticos e consoante as necessidades os profissionais são distribuídos no seu dia a dia.

No que diz respeito ao equipamento, cada unidade individual é constituída pelo equipamento necessário para possibilitar a prestação de cuidados a pessoa em situação crítica - cada unidade está equipada com um armário com material individualizado, suporte com seringas e bombas infusoras, ventilador e monitor multiparâmetros com módulo de pressão invasiva, rampa de oxigénio, vácuo e ar comprimido. A reposição do material é realizada pela equipa de AO sempre que necessário e prontamente após a sua utilização, sendo supervisionada pela equipa de enfermagem.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

No presente capítulo descrevemos o enquadramento teórico e conceptual deste relatório, de forma a desenvolver o contexto da problemática abordada tendo por base a mais atual evidência científica. Realizamos ainda uma breve análise à construção do conhecimento em Enfermagem por forma a enquadrar o desenvolvimento de competências inerentes ao Mestre em Enfermagem.

Florence Nightingale foi a responsável pela história profissional de enfermagem, ao olhar para as enfermeiras como mulheres escolarizadas numa quadra em que elas não eram escolarizadas nem trabalhavam o setor público (Tomey & Alligood, 2004). Considera-se que foi com Nightingale que surgiu a enfermagem moderna, através da fundação de uma escola em Londres contribuindo assim para a formação em enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

No início do século XX a enfermagem ainda não era considerada uma profissão ou disciplina, mas os avanços do último século levaram ao reconhecimento da enfermagem nas duas áreas (Tomey & Alligood, 2004). Apesar de Disciplina e Profissão estarem relacionadas, é importante clarificar que o seu significado não é o mesmo.

Tomey & Alligood (2004) defendem que em relação à disciplina, a teoria assume um papel de destaque e que para a disciplina de enfermagem, é a disciplina que está dependente da teoria e os trabalhos teóricos levam a enfermagem um nível superior (Tomey & Alligood, 2004). Relativamente à profissão, esta está relacionada com uma abordagem de prática baseada na teoria, que se procura que seja sistemática e centrada no doente. (Tomey & Alligood, 2004).

Enquanto disciplina científica e académica, a enfermagem contribui para a formação de conhecimentos. Assim, em relação ao domínio do conhecimento em enfermagem, em 1978, Barbara Carper publica "*Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*", onde define quatro padrões fundamentais de conhecimento em Enfermagem: o empírico (ciência de Enfermagem); o estético (arte de Enfermagem); o moral (Ética de Enfermagem) e o conhecimento pessoal (uso terapêutico de si próprio) (Cestari, 2003). O padrão empírico tem como objetivo "*desenvolver um conhecimento abstrato e explicações teóricas*" (Cestari, 2003). O conhecimento empírico "*resulta da investigação científica; encarrega-se de descrever e demonstrar as estruturas conceptuais de enfermagem*" (Nunes, 2017).

Numa perspetiva epistemológica, a enfermagem surge como uma ciência humana prática, abraçando vários padrões de conhecimento, sendo vista como uma prática baseada em evidências, num contexto específico, com intuição, experiência e ponderação pessoal, que conduz a uma maior eficácia e eficiência (Queirós, 2014).

Os enfermeiros, ao cuidarem, beneficiam da compreensão de situações complexas, como sejam as situações de preservação, promoção e recuperação de saúde e bem-estar. A ação cuidativa usa e cria conhecimento na ação, numa racionalidade prático-reflexiva, não linear, nem tão pouco circular, mas em espiral, já que partindo do conhecimento prévio é elaborada uma compreensão que conduz a uma interpretação e nova compreensão/ação com o retorno a uma nova compreensão, mas num patamar diferenciado do inicial, criando assim, nas soluções encontradas para os problemas colocados, conhecimento específico de enfermagem (Queirós, 2014).

A Enfermagem possui vários níveis de conhecimento, sendo o mais abstrato o metaparadigma, segue-se filosofia, modelos conceituais, grandes teorias, teorias e teoria de médio alcance. Estas últimas, *“têm um foco de interesse mais limitado do que a teoria e determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária (...)”* (Tomey & Alligood, 2004, p. 8).

Enquanto profissão, *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”* (Ordem dos Enfermeiros, 1996) A criação da Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) e a existência de um Código Deontológico do Enfermeiro são elementos que qualificam a Enfermagem enquanto profissão.

A prática profissional de enfermagem é sustentada por teorias de enfermagem, assim como o nosso percurso ao longo deste mestrado. Salientamos que o estágio final e a nossa prática atual têm sido vividos num contexto fortemente afetado pela pandemia SARS-Cov2 e as emergências respiratórias têm sido a principal causa de internamento em SCI. O CHMS tem um circuito definido para a pessoa que padece de patologia respiratória e os isolamentos dificultam o cuidado. Retratado nesse contexto a teoria por nós escolhida foi a teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, pois é uma teoria com a qual nos identificamos, tendo em conta esta realidade institucional e em consideração que cada enfermeiro coloca uma parte pessoal nos

cuidados. Através da pesquisa bibliografia efetuada para o projeto de intervenção, concluímos que o conforto é uma das principais vantagens da ONAF, o que reforça a escolha desta teoria.

“A vivência de um processo de doença crítica, em que o ambiente envolto é caracterizado por uma multiplicidade de equipamentos tecnológicos, pode colocar o cuidar humano em segundo plano.” (Faria, et al., 2018, p.491). Na fase aguda da doença, a hospitalização da pessoa em situação crítica é coberta por stress e exposição, quer da integridade corporal, dor ou separação. O ambiente é caracterizado por uma panóplia de equipamentos tecnológicos, as prioridades focam-se num plano complexo de diagnóstico e tratamento, o que pode colocar o cuidar humano em segundo plano (Faria, et al., 2018).

Na nossa prática profissional, deparamo-nos com uma população maioritariamente envelhecida, com bastantes comorbilidades associadas e, muitas vezes sem acompanhamento de familiares, tendo essa situação agravado, tendo em conta o contexto pandémico, isto é, no cuidar da pessoa em situação crítica, é cada vez mais frequente este cuidado ser dirigido ao idoso. Após o tratamento à fase aguda da doença permanecem no Serviço por falta de vagas noutros Serviços ou noutras Instituições Hospitalares, o que justifica uma vez mais a utilização de uma teoria de Enfermagem focada no conforto. O papel do enfermeiro é de extrema importância na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade do doente. O conforto é uma área de atenção relevante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.

Enquanto futuros enfermeiros especialistas, o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de apoio à nossa análise reflexiva do desenvolvimento de competências, uma vez que como profissionais num SUG há cerca de 12 anos e que este modelo se enquadra numa perspetiva de aquisição, mas também de desenvolvimento de competências. Benner (2001), através do seu trabalho *“De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”*, analisou a aquisição de competências com base na aprendizagem clínica e o conhecimento ligado que está inerente à prática de enfermagem (Benner, 2001). A autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experimental, pelo que nos pareceu importante enquadrar também a teoria de desenvolvimento profissional de Patrícia Benner Assim, segue-se uma análise a estas duas teorias.

2.1. Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

A pessoa é considerada o centro dos processos de cuidados em Enfermagem. A inter-relação que existe entre as funções fisiológicas, a condição psicológica, o bem-estar e o conforto, são processos não intencionais, que se traduzem na singularidade de cada pessoa, com necessidades particulares e distintas das demais (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No seguimento da *Scoping Review* (Apêndice I) previamente realizada, uma das conclusões obtidas prende-se com a importância da promoção do conforto através da aplicação da ONAF. Em articulação com o que se encontra anteriormente descrito, considero relevante mencionar a Teoria do Conforto, elaborada por Katherine Kolcaba, pelo seu contributo para a prática da Enfermagem. A própria defende que a ação de confortar é a intervenção de Enfermagem e o conforto é o resultado dessa mesma intervenção (Kolcaba, 2003).

A definição de conforto corresponde a uma experiência holística e imediata, pela satisfação de três tipos de necessidades: o alívio (estado que determina a satisfação de determinada necessidade, com restabelecimento do seu estado normal), a tranquilidade (estado de satisfação e de calma), e a transcendência (estado de capacitação para o desenvolvimento de competências), no que diz respeito a quatro dimensões: física (controlo e alívio de sintomas), espiritual (consciência da pessoa, como a autonomia e a autoestima), social (relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (condições e influências externas). Segundo Kolcaba, a Enfermagem é um processo intencional das necessidades de conforto da pessoa, através da implementação de medidas, que integram a reavaliação do processo depois da sua concretização, quando comparadas com a linha de base anterior, ou seja, a satisfação da necessidade de conforto traduz-se num estado de alívio e resulta no restabelecimento do padrão habitual da pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

Destacando a dimensão física, de acordo com a referida teoria, encontramos nela inserida a satisfação das necessidades humanas básicas, como o contacto físico e a integridade cutânea. Sendo a dispneia uma evidência de desconforto, em articulação com a temática da ONAF, considero que a dimensão física é a que mais se aproxima do tipo de intervenções e de necessidades a satisfazer na Pessoa sujeita a esta terapia, sendo uma das vantagens face a outras modalidades terapêuticas, melhorando a sensação de conforto, provocada pela interface e pelas características particulares que todo o mecanismo de alto fluxo promove (Ponte & da Silva, 2015).

A promoção do conforto formula uma questão central do cuidar em Enfermagem, sendo um indicador representativo da qualidade dos cuidados prestados (Kolcaba, Comfort Theory and practice - A vision for holistic health care and research, 2003). A Teoria do Conforto é aplicada em diversos contextos de investigação, culturas e faixas etárias. O nível de empenho demonstrado pelos enfermeiros na relação com a satisfação das necessidades da pessoa é único fator limitativo da sua aplicação. Se a equipas de Enfermagem, e as instituições estiverem empenhadas neste tipo de cuidados, a teoria de Kolcaba permitirá que os profissionais atuem de acordo com padrões de eficiência, individualizados e holísticos (Tomey & Alligood, 2004).

A promoção do conforto deve ser um processo contínuo, na medida em que requer um conjunto de ações capazes de resultar em determinado objetivo. Para tal, Kolcaba reconhece que a Enfermagem deve ser desenvolvida de acordo com princípios científicos e humanísticos dos cuidados e aplicada com criatividade (Kolcaba, 1995).

A Teoria do Conforto está intimamente ligada aos cuidados básicos de Enfermagem. Apesar da sua expressão e aplicação serem de um nível pouco técnico, a utilização desta teoria é igualmente fundamental em contextos de alta tecnologia, como é, por exemplo a UCI. A grande resolução desta teoria passa por restituir na Enfermagem uma prática devidamente centrada nas necessidades da pessoa, possibilitando aos enfermeiros aprendê-la e praticá-la com maior facilidade (Tomey & Alligood, 2004).

A necessidade de conforto é universal, compreendendo a realização de intervenções adequadas, de forma confortante e com o propósito de promover o maior conforto. Estes cuidados são fundamentalmente holísticos, pelas componentes que os envolvem. A Teoria de Kolcaba reflete-se na multidimensionalidade do conforto, pela forma como este pode ser percebido de diferentes formas e por diversas pessoas, no entanto, está dependente da idade, das experiências e vivências passadas, do estado emocional e do sistema de suporte. De acordo com Kolcaba, é essencial que os enfermeiros identifiquem as necessidades de conforto que a pessoa apresenta, de modo a planear e implementar as intervenções adequadas que conduzam ao sucesso (Kolcaba, 2003).

Os serviços hospitalares são considerados por muitos doentes e famílias como locais hostis, e os processos de internamento são encarados com preocupação e angústia face à condição de doença. Na UCI esta perceção é intensificada pela exposição a situações extremas. Por se encontrarem extremamente vulneráveis face às características da doença, necessitam de

cuidados individualizados e centrados nas suas necessidades, de maneira a diminuir os incómodos que derivam da condição subjacente (Escudero, et al., 2014).

O modelo biomédico, reconhecido por orientar os profissionais para um foco de atenção centrado na patologia e no seu tratamento, com vista à estabilização do doente, não assume uma representatividade no que diz respeito à promoção do conforto como foco de cuidado. Contudo, em paralelo aos cuidados farmacológicos, também a promoção do conforto assume benefícios para a melhoria do processo de doença da pessoa. Segundo Meleis (1997), citado em Revista Percursos Nº21 (2011, p. 18), existe desde a década de 50 a sensibilização para a importância do desenvolvimento de uma ideologia teórica para a Enfermagem, uma vez que o modelo biomédico não representa os enfermeiros nas suas ações, por não integrar a pluralidade de focos de atenção nas diversas áreas de intervenção (Vaz, et al., 2011).

As componentes apresentadas na Teoria do Conforto estão diretamente relacionadas com as principais conclusões acerca dos benefícios da utilização da ONAF. Na minha perspetiva, com base na literatura fundamentada e apresentada anteriormente, a garantia da sensação de conforto promove a adesão ao tratamento e por sua vez a melhoria da condição subjacente, com vista à eficácia do tratamento. Desta forma, é possível promover cuidados individualizados e adequados às necessidades identificadas. Por ser transversal a diversos contextos e intervenções, a satisfação do conforto representa um desafio nas dinâmicas dos enfermeiros e na relação interpessoal estabelecida com a pessoa. O alívio de sintomas e do desconforto, aliados a intervenções personalizadas nas diferentes dimensões do cuidado, refletem-se do desempenho de ações eficazes e em segurança.

2.2. “De iniciado a perito” – Patricia Benner

Patricia Benner adaptou um modelo já existente acerca da aquisição de competências, com recurso à realização de entrevistas, resultando em trinta e uma competências, que se reúnem nos seguintes domínios (Tomey & Alligood, 2004):

- O papel de ajuda;
- Função de educação/orientação;
- Função de diagnóstico e vigilância do doente;
- Gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente;
- Ministras e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos;

- Monitorizar e assegurar a qualidade dos cuidados;
- Competências de trabalho organizacional.

A referida autora considera que existem cinco fases de aquisição de competências em Enfermagem (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito), pelo que considero relevante fazer um enquadramento das mesmas, de modo a auxiliar a perceção face ao desenvolvimento e aquisição das minhas competências, no decorrer das experiências vividas.

Estado de principiante – O indivíduo necessita que lhe sejam atribuídos regras e objetivos, que orientem o seu desempenho, uma vez que não detém de qualquer tipo de experiência na área de intervenção e não se encontra apto a distinguir os aspetos de maior relevância dos irrelevantes (Tomey & Alligood, 2004).

Principiante avançado – Neste estado, os enfermeiros experienciam a responsabilidade de gerir determinado conjunto de cuidados com a colaboração de colegas com maior grau de experiência, onde se enquadram por exemplo, os enfermeiros recém-licenciados. É expectável que o indivíduo tenha um desempenho aceitável face a diversas situações clínicas, uma vez que já terá presenciado direta ou indiretamente situações semelhantes (Tomey & Alligood, 2004).

Competente – Acredita-se que neste estado, o indivíduo seja capaz de delinear um planeamento adequado e devidamente estruturado, reconhecendo as situações e prevendo resultados e eventuais imprevistos. Pressupõem-se que as intervenções sejam priorizadas de acordo com a sua importância. Enquadram-se nesta fase, enfermeiros com um ou dois anos de experiência no mesmo serviço (Tomey & Alligood, 2004).

Proficiente – Situam-se nesta fase os profissionais que adquiriram a capacidade de interpretar e agir perante as situações através de uma visão global, sem colocar por partes as questões que precisam de intervenção. Neste nível, os enfermeiros reconhecem a importância da mudança, resolvendo situações à medida que estas evoluem. Considera-se que enfermeiros com cinco anos de experiência se enquadram nesta fase (Tomey & Alligood, 2004).

Perito – Na última fase, os enfermeiros são considerados peritos, agindo por intuição e fundamentando as suas intervenções com base nas suas próprias experiências, através da gestão de situações com reconhecido nível de complexidade. Além do mais devem possuir um domínio clínico e desenvolverem uma prática baseada na evidência. Devem interpretar verdadeiramente as preocupações e as necessidades da pessoa, indo ao encontro das

questões essenciais, ainda que possa existir a possibilidade de existirem mudanças no plano de cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com o parecer da Ordem dos Enfermeiros Nº 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, sugere-se que

para o desenvolvimento de competências em Enfermagem, não pode ser vedada a experiência clínica aos enfermeiros, aliada ao desenvolvimento de investigação e reflexão entre pares sobre as melhores práticas clínicas. No âmbito das intervenções clínicas especializadas de Enfermagem, não se pretende assim definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a acção dos Enfermeiros Especialistas a um conjunto de actividades e tarefas, antes sim, considerar uma intervenção assente na aplicação efectiva do conhecimento, evidências científicas e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 3).

Em suma, este modelo defende que o desenvolvimento de competências está diretamente relacionado com o tempo e as experiências vivenciadas pelo profissional, considerando que o conhecimento prático sofre uma evolução positiva com a relação proporcional entre estes dois fatores (Tomey & Alligood, 2004).

2.3. Pessoa em situação crítica com Insuficiência Respiratória Aguda

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Recomenda-se então que a prestação de cuidados de enfermagem seja altamente qualificada, de forma contínua, com o objetivo de dar resposta às necessidades afetadas e manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com enfoque na recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) da DGS (2017) caracteriza as doenças respiratórias como uma alteração do estado normal das vias áreas ou outras estruturas do pulmão, que se poderá desenvolver e até prolongar ao longo do tempo (DGS, 2017). Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) as doenças respiratórias que agrupam patologia de etiologia infecciosa e não infecciosa, de natureza aguda ou crónica, são uma

das principais causas de morbidade e mortalidade em Portugal e, apesar da sua maioria ser previsível ou tratável, não se tem assistido a uma redução da sua prevalência (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

A patologia respiratória é uma das complicações mais frequentes em UCI, sendo a IRA um dos diagnósticos mais prevalentes neste contexto. Segundo a OE, a Insuficiência Respiratória surge quando há uma modificação pulmonar ao nível dos músculos respiratórios e do tórax que se reflete nos níveis de Pressão Parcial de Oxigénio (PaO_2), podendo ser classificada em tipo I (Insuficiência Respiratória Hipoxémica) e tipo II (Insuficiência Respiratória Hipercápnica) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os distúrbios fisiopatológicos conduzem à instalação de hipoxemia, no entanto a ventilação está mantida, o que se caracteriza pela diminuição da PaO_2 com valores normais ou reduzidos de Pressão Parcial de Dióxido de Carbono ($PaCO_2$). A gasimetria arterial permite avaliar a presença de hipoxemia com ou sem hipercapnia. O tratamento da IRA é prioritário e compreende a garantia de uma via aérea permeável e segura. A oxigenoterapia é uma das terapêuticas de suporte frequentemente utilizadas, contudo, a sua aplicação leva muitas vezes ao surgimento de dúvidas, sobretudo na escolha de dispositivos adequados à sua administração (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2015) a oxigenoterapia é um tratamento dirigido à correção de hipoxemia – entendida como um valor de PaO_2 inferior a 60 milímetros de mercúrio (mmHg) - medido por gasimetria arterial ou saturações periféricas de O_2 inferior a 90%. Auxilia a pessoa na diminuição da intensidade da dispneia e, conseqüentemente, na diminuição do esforço respiratório, obtendo assim uma melhoria no desconforto respiratório e também na otimização da função cardiovascular (DGS, 2015).

No que diz respeito à oxigenoterapia, existe uma ampla gama de dispositivos para a sua administração, que serão selecionados tanto pela condição da pessoa como pela fração inspirada de oxigénio (FiO_2) necessário. De acordo com a concentração de oxigénio fornecido, Siela & Kidd (2017) agrupam os dispositivos como baixa concentração (<35%), moderada concentração (>35%<60%) ou alta concentração (>60%), existindo dispositivos apropriados para a administração de oxigénio cuja concentração poderá variar de 21% a 100% (Siela & Kidd, 2017).

Existem assim vários dispositivos para administração de oxigénio, nomeadamente óculos nasais (máximo de 4 litros por minuto – L/min); Máscara de Venturi (máximo 15L/min); Máscara

de Alta Concentração com Reservatório (15L/min) (Papazian, *et al.*, 2016). Contudo, na perspectiva de Siela & Kidd (2017) estes dispositivos apresentam desvantagem no que diz respeito ao fornecimento do FiO_2 , podendo apresentar valores variáveis, uma vez que o dispositivo não fornece a totalidade do volume de ar inspirado pois será diluído pela inalação de ar ambiente (Siela & Kidd, 2017).

Ainda existem outras modalidades que permitem a melhoria da oxigenação no organismo, como a Ventilação Não-Invasiva (VNI) e a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

A constante procura por novas soluções de tratamento para a pessoa com IRA levou a que se desenvolvessem novas técnicas de oxigenoterapia, que proporcionassem um maior conforto e menos efeitos adversos, apostando assim em técnicas menos invasivas. Nesse contexto surgiu então a ONAF que demonstra um avanço importantíssimo nas alternativas de suporte ventilatório não invasivo neste tipo de doentes, sendo uma terapia de apoio segura e útil em diversas situações clínicas (Pires, *et al.*, 2018).

2.4. Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

A ONAF é uma técnica recente de fornecimento de O_2 , constituindo uma alternativa à oxigenoterapia convencional cujo fluxo de oxigénio gerado vai até 15L/min conforme previamente mencionado. Utilizada inicialmente em prematuros e mais recentemente em adultos em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Intermédios e nos Serviços de Urgência, baseia-se em quatro componentes essenciais: uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar (que permite definir o fluxo e a FiO_2 fornecido), um humidificador, um circuito inspiratório aquecido (a 37°C) e cânulas nasais específicas cujo diâmetro é maior face às cânulas nasais comuns, permitindo assim fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos superiores aos da oxigenoterapia convencional. Este circuito/técnica irá assim permitir que se atinja um fluxo máximo de 60L/min, com uma FiO_2 ajustável, desde 21% até aos 100%, de forma não invasiva (Dres & Demouille, 2017; Pires, *et al.*, 2018).

Esta técnica previne ainda a existência de espaço morto nasofaríngeo, atenua a resistência respiratória (consegue gerar pressão positiva expiratória final - PEEP) e melhora a complacência pulmonar (grau de extensão dos pulmões para cada aumento da pressão transpulmonar). Além de tudo isto, ao utilizar oxigénio humidificado e aquecido, previne a desidratação da mucosa nasal, facilita a remoção de secreções (evitando o ressecamento e a

consequente lesão do epitélio), mantém a atividade ciliar, reduz a perda de calor e ainda minimiza a ocorrência de atelectasias. Por fornecer até 100% de oxigénio com um fluxo máximo de 60L/min, a ONAF minimiza a diluição pelo ar ambiente e, consequentemente, aumenta a FiO_2 (Dres & Demouille, 2017).

Existe muita evidência científica que demonstra que a ONAF, para além de ser uma técnica segura e eficaz, detém inúmeros benefícios para as pessoas em oposição a outras formas de administração de oxigénio, pois este método permite um maior controlo da FiO_2 , na dissolução do CO_2 e também na própria pressão gerada nas vias aéreas (Ischaki, et al., 2017).

Comparando com outros dispositivos, a ONAF torna-se mais tolerável ao doente graças à interface utilizada que, concomitantemente, possibilita o doente falar, comer e beber. O fluxo aquecido e humidificado proporciona ainda maior conforto que o ar seco (Pires, et al., 2018).

Na literatura existem vários artigos que comprovam que na última década a ONAF foi considerada o tratamento de primeira linha a ser utilizado em doentes com insuficiência respiratória aguda (IRA) e em doentes com hipoxemia grave, podendo ainda ser benéfica na prevenção / acautelamento da ventilação mecânica invasiva (VMI) e também para prevenir IRA em doentes após extubação. Mais recentemente tornou-se bastante utilizada em doente infetados pelo vírus SARS-CoV2.

Apoiado por outros estudos, para Lamb *et al.* (2018), a ONAF poderá ser sugerida como tratamento de primeira linha para a pessoa com IRA Hipoxémica. Trata-se de um dispositivo de fácil utilização, promove um maior conforto possibilitando um sistema eficiente de administração de oxigénio humidificado, possibilitando a redução do trabalho respiratório, melhorando a precisão da FiO_2 e fornecendo menos pressão positiva nas vias aéreas sendo ainda extremamente eficiente no *washout* de CO_2 (Lamb, *et al.*, 2017). Esta é cada vez mais uma técnica utilizada com sucesso na UCI, assim como em vários contextos clínicos. De forma semelhante, Pires, P. *et al* (2018) defendem que a ONAF representa uma técnica eficaz e segura na IRA e tem como principais vantagens a administração de uma FiO_2 constante, efeito PEEP, *washout* de dióxido de carbono, diminuição do espaço morto anatómico, melhorando a eficácia da ventilação, oxigenação e controlo da frequência respiratória (Pires, et al., 2018).

Os mesmos autores defendem que é um dispositivo confortável, tendo começado a ser amplamente utilizado em vários contextos clínicos, nomeadamente no pós-operatório de cirúrgicas cardíacas e bariátricas, em utentes imunocomprometidos e em situações de doença

pulmonar obstrutiva crónica com IRA e com hipercapnia associada (Lamb, *et al.*, 2017; Pires, 2018).

Em relação ao conforto da técnica, Mauri *et al.* (2018), num estudo que avaliou o impacto do fluxo e da temperatura no conforto da pessoa submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, demonstrou que estas referiram melhor conforto com uma temperatura de 31°C e um fluxo de 30L/min (grupo cujo $FiO_2 < 45\%$) (Mauri, *et al.*, 2018). Contudo, em situações mais graves com $FiO_2 > 45\%$, os resultados demonstraram maior conforto para o doente mantendo a temperatura de 31° e aumentando o fluxo para 60L/min. Pires *et al.* (2018) apontam também como benefício o conforto e a tolerância resultando numa boa adaptação do doente, permitindo não só a capacidade de expelir secreções sem necessidade de interrupção da técnica, auxiliando a excreção das mesmas pelo seu sistema de humidificação e aquecimento. Permite ainda a ingestão hídrica e de alimentos, não condicionando a comunicação verbal e possibilita a deambulação em pequenos espaços (Pires, *et al.*, 2018).

Fisiologicamente, esta aumenta o volume pulmonar expiratório final, devido à geração de pressão positiva dependente dos fluxos utilizados. O alto fluxo contínuo (até 60 L/min), com uma FiO_2 que pode variar de 21 a 100%, por sua vez, promove a eliminação do dióxido de carbono das vias respiratórias superiores, reduzindo o espaço morto anatómico e o trabalho respiratório. A própria humidificação e aquecimento (entre 31 e 37°C) ativos e a interface confortável, melhoram o desconforto provocado pela secura das vias aéreas. Esta humidificação aumenta o conteúdo de água do muco, facilitando assim a remoção das secreções, evitando simultaneamente a dissecação e lesão epitelial, com o conseqüente aumento do conforto para o doente (Gilardi, *et al.*, 2020).

O benefício da ONAF é demonstrado em vários estudos, em detrimento de outras formas de administração de oxigénio, por permitir um maior controlo sobre a FiO_2 , pela dissolução do CO_2 , pela pressão positiva gerada nas vias aéreas e pela humidificação eficaz do oxigénio administrado (Ischaki, *et al.*, 2017).

Na perspetiva de Mauri, *et al.* (2017), num estudo levado a cabo para avaliar o efeito do aumento de fluxo administrado no doente com insuficiência respiratória aguda, constatou-se que a ONAF apresenta também benefícios pela entrega de O_2 em fluxos crescentes, onde o aumento do fluxo administrado levou a uma diminuição do trabalho respiratório, melhorou a oxigenação e a *compliance* dinâmica (Mauri, *et al.*, 2017). Numa perspetiva semelhante, Pires,

et al (2018) acrescenta que a melhoria do conforto se prende com a diminuição da frequência respiratória e da dispneia sentida pela pessoa (Pires, et al. , 2018).

Independentemente dos muitos estudos publicados até o momento, uma grande quantidade de incerteza permanece. É difícil interpretar a literatura ONAF devido às variações nos dispositivos (alto fluxo versus alta velocidade), condições da doença, configurações (fluxo, FiO_2), duração do tratamento e comparadores. A ONAF certamente desempenha um papel importante no cenário de cuidados intensivos, mas o momento, a duração, o manejo e o desmame da ONAF precisam de mais estudos. Ademais, a melhor maneira de iniciar, gerenciar e titular CNAF não é conhecida, portanto, a prática clínica varia muito. Nesse sentido, é razoável aplicar o fluxo mais alto tolerável ao paciente num esforço para maximizar os efeitos fisiológicos da ONAF (Ischaki, et al., 2017).

Lamb, K. et al. (2017) apontam que o uso de ONAF nos primeiros sinais de hipoxemia e por protocolo levou a uma diminuição significativa das infeções respiratórias, bem como tendências de menor duração da terapia ONAF. Esses resultados indicam que há um benefício para os pacientes quando protocolos padronizados para ONAF orientam as decisões de cuidados (Lamb, et al., 2017).

Leeies, M., (2017) refere que em doentes críticos com Insuficiência Respiratória Hipoxémica Aguda a utilização de ONAF não mostrou estar associado a diferenças significativas na mortalidade, intubação endotraqueal ou paragem cardiorrespiratória em comparação com ventilação não invasiva ou outras formas convencionais de administração de oxigénio (Leeies, *et al.*, 2017).

Relativamente às suas limitações, Pires (2018) refere que esta técnica não é substituída da ventilação mecânica invasiva e a sua grande tolerabilidade e conforto pode mascarar situações mais graves, atrasando uma escalada de suporte ventilatório atempada. As alterações anatómicas e/ou patológicas dos utentes são igualmente consideradas questões limitadoras da aplicação da técnica. Também é contraindicado em epistáxis, obstrução nasal severa, trauma ou cirurgia nasal (Pires, et al., 2018). Para Lamb, et. al (2017), uma das suas limitações é o facto de ser uma terapia recente e não ter um protocolo específico.

O enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização contínua e rigorosa do doente crítico, de forma a detetar a falha da oxigenoterapia por ONAF, evitando a intubação

endotraqueal tardia. Assim, a pessoa em situação crítica submetida a ONAF carece de uma monitorização apertada, em especial nas primeiras horas (Pires, et al., 2018).

No doente com IRA, deve iniciar-se a técnica com fluxos mais baixos e aumentando gradualmente (permitindo uma adaptação aos altos fluxos fornecidos) até ao máximo tolerado, estabelecendo-se paralelamente o FiO_2 que se consegue atingir. Nesta fase, o doente deve ser estritamente monitorizado, avaliando a resposta clínica à técnica e permitindo a titulação do fluxo e do FiO_2 . Após estabilização clínica, o desmame deve iniciar-se com a diminuição do FiO_2 e, só depois, do fluxo. Trata-se de uma técnica de fácil aplicação, com rápida curva de aprendizagem para os profissionais de saúde envolvidos (Pires, et al., 2018).

Renda, T. *et al* (2018) faz referência a que a ONAF é muito mais fácil de implementar, o que pode possibilitar a diminuição da carga de trabalho dos enfermeiros, sendo mais fácil de aplicar e gerir quando comparado com outras técnicas de oxigenoterapia (Renda, et al., 2018).

Lamb, K. *et al* (2018) referem que a ONAF tem sido associada à menor necessidade de entubação endotraqueal, baixa mortalidade e à redução do risco de admissão e tempo de permanência nas UCI, assim como de baixas taxas de reintubação por IRA e redução de complicações relacionadas com a ventilação mecânica invasiva (Lamb, et al., 2017).

Existe muita evidência científica que demonstra que a ONAF, para além de ser uma técnica segura e eficaz, detém inúmeros benefícios para as pessoas em oposição a outras formas de administração de oxigénio, pois este método permite um maior controlo da FiO_2 , na dissolução do CO_2 e também na própria pressão gerada nas vias aéreas (Ischaki, et al., 2017).

Comparando com outros dispositivos, a ONAF torna-se mais tolerável ao doente graças à interface utilizada que, concomitantemente, possibilita o doente falar, comer e beber. O fluxo aquecido e humidificado proporciona ainda maior conforto que o ar seco.

O enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização contínua e rigorosa do doente crítico, de forma a detetar a falha da oxigenoterapia por ONAF, evitando a intubação endotraqueal tardia. Assim, a pessoa em situação crítica submetida a ONAF carece de uma monitorização apertada, em especial nas primeiras horas. Quando associado ao decúbito ventral, a ONAF pode reduzir a necessidade de EOT, consequentes complicações associadas à VMI e diminuição de taxa de mortalidade (Scott, 2020). Contudo, é salientada a necessidade de uma monitorização rigorosa do doente, de forma a não comprometer uma deteção precoce do agravamento da função respiratória e uma EOT atempada. Renda, T. *et al* (2018) faz referência

a que a ONAF é muito mais fácil de implementar, o que pode possibilitar a diminuição da carga de trabalho dos enfermeiros, sendo mais fácil de aplicar e gerir quando comparado com outras técnicas de oxigenoterapia (Renda, *et al.*, 2018). É importante a monitorização de parâmetros como Frequência Respiratória (FR), Saturações Periféricas (SpO₂), trabalho expiratório da pessoa e Tensão arterial (TA) e o registo do Fluxo, FiO₂ e temperatura.

Lamb, K. *et al* (2018) referem que a ONAF tem sido associada à menor necessidade de entubação endotraqueal, baixa mortalidade e à redução do risco de admissão e tempo de permanência nas UCI, assim como de baixas taxas de reintubação por IRA e redução de complicações relacionadas com a ventilação mecânica invasiva. Quando associado ao decúbito ventral, a ONAF pode reduzir a necessidade de EOT, consequentes complicações associadas à VMI e diminuição de taxa de mortalidade (Scott, 2020).

Na literatura existem vários artigos que comprovam que na última década a ONAF foi considerada o tratamento de primeira linha a ser utilizado em doentes com insuficiência respiratória aguda (IRA) e em doentes com hipoxemia grave, podendo ainda ser benéfica na prevenção / acautelamento da ventilação mecânica invasiva (VMI) e também para prevenir IRA em doentes após extubação. Mais recentemente tornou-se bastante utilizada em doente infetados pelo vírus SARS-CoV2.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Os vários domínios de ação do enfermeiro especialista são, nomeadamente, a Responsabilidade Profissional Ética e Legal, a Melhoria Contínua da Qualidade, a Gestão dos Cuidados e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, a intervenção do enfermeiro especialista é alargada e cabe-lhe desencadear e participar em projetos institucionais na área da qualidade e incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2011), no caso da pessoa em situação crítica, os cuidados são: “(...) *altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.*” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série, p. 19362).

Assumindo a necessidade de implementar sistemas de qualidade nos cuidados de enfermagem, em 2001, a ordem dos Enfermeiros emitiu o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, definindo seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao autocuidado, a readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

De encontro aos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, é redigido, em 2011, pelo Colégio de EEMC o documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que, refere que o enfermeiro especialista:

concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 5).

Neste documento, o anexo II faz referência aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de EEMC – PSC, cujos enunciados descritos assentam nos seguintes: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica refere que o enfermeiro especialista:

concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Prevenção de complicações e a organização dos cuidados de Enfermagem são os enunciados descritivos para o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica mais relevantes para este relatório (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Relativamente à prevenção de complicações, é competência do Enfermeiro EMC -PSC “a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade”, tal como “a gestão adequada de protocolos terapêutico complexos”, no qual está intrínseco o “o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2017). É igualmente importante destacar que o enfermeiro especialista “assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Desta forma, compete ao enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, entre outros, o seguinte: “A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado”; “A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada”; “A revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No decorrer da UC Estágio Final na UCI do CHMS, constatámos que a abordagem realizada à pessoa submetida a ONAF pode ser otimizada e aplicada, tanto na UCI como noutros Serviços

da Instituição Hospitalar. Assim, considerámos pertinente o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) que desse resposta às necessidades identificadas na UCI, atendendo à linha de investigação definida pelo Mestrado em Enfermagem, segurança e qualidade de vida – Melhoria contínua da qualidade. Ficou definido que o tema do PIP seria “*Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF*”, que inclui a elaboração de uma proposta de um procedimento setorial sobre as intervenções de enfermagem individualizadas a prestar à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF, mais concretamente sob a pessoa com IRA com necessidade de internamento no SCI. O contexto pandémico por *SARS-Cov2* potenciou o desenvolvimento da temática pois o SCI acolheu vários doentes com patologia de foro respiratório. Na abordagem deste tema detetamos a necessidade da atualidade em evidência científica, o que resultou na elaboração de uma *Scoping review* (Apêndice I) orientada pela metodologia proposta pelo JBI, com o objetivo de analisar e mapear a utilização de ONAF no tratamento da IRA, com a formulação da seguinte questão: “Quais as evidências disponíveis acerca da utilização de ONAF em doentes críticos com IRA?”, que pode ser consultada no Apêndice I.

Num estudo levado a cabo por Ponte et. al (2019) foi empregue a teoria do Conforto de Kolcaba para descrever a experiência de conforto dos doentes no serviço de emergência e implicações nos cuidados de enfermagem, pelo que podemos fundamentar a teoria por nós escolhida. Mauri, et.al (2018) referem que a seleção do equipamento a utilizar pelos doentes é da responsabilidade dos enfermeiros, neste estudo verificou-se que o uso de ONAF proporciona um maior conforto dos doentes com insuficiência respiratória hipoxémica aguda, e que um fluxo mais elevado não diminui o conforto do doente (Mauri, et al., 2018). Através da pesquisa bibliográfica efetuada verificamos que a ONAF é uma técnica que tem poucos efeitos secundários e vários benéficos, salientando-se o conforto da pessoa, o que justifica a utilização da teoria de Conforto de Kolcaba como pilar deste PIP.

Também Gomez et. al (2017), no seu estudo recorreu à teoria do Conforto para sustentar o seu estudo que associa os fatores sociodemográficos às dimensões do conforto (físico, social, psicoespiritual e ambiental) de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

Tal como o Planeamento em Saúde, a Metodologia de Projeto “*baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes na sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada*

em evidência” (Ruivo, et al., 2010, p2). A Metodologia de Projeto inclui cinco etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, et al., 2010).

O presente capítulo abordará o desenvolvimento do PIP, segundo as cinco etapas mencionadas anteriormente, iniciando-se com a justificação da problemática, seguida da apresentação do modelo de enfermagem utilizado e do enquadramento conceptual e teórico dos conceitos centrais do PIP.

Este projeto de intervenção profissional comporta um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido no estágio final num SCI.

A escolha do tema prende-se com o nosso interesse pessoal e profissional sobre o tema, uma vez que se trata de uma técnica relativamente recente e existem ainda algumas lacunas relativamente à sua utilização e às intervenções de enfermagem. Assim, o PIP auxilia a consolidação de conhecimentos e competências especializadas adquiridas ao longo do percurso profissional e académico numa temática específica da área de EEMC-PSC, no âmbito do estágio final. Encontra-se nos enunciados descritivos de enfermagem, nomeadamente ao que diz respeito a prevenção de complicações e à organização dos cuidados de enfermagem, encontrando-se relacionado com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica – PSC.

Este capítulo inclui a fundamentação teórica baseada em evidência científica do nosso PIP, uma breve descrição da teoria de enfermagem por nós escolhida e através da qual se baseia o PIP e a metodologia de projeto.

3.1. Metodologia de projeto

Como já referido anteriormente, a metodologia de projeto é constituída por cinco etapas, que são explanadas de seguida. O objetivo principal da metodologia de projeto consiste na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. O nosso PIP recai sobre as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade

de ONAF, nomeadamente na pessoa com IRA e tem como objetivo responder a uma necessidade do Serviço onde ocorreu o estágio final.

3.1.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de planeamento em Saúde e é nesta fase que deve ser feita uma

análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população (Ruivo, et al., 2010, p.10).

Esta fase deve ser dinâmica, uma vez que existem mudanças quer na realidade, quer nas instituições de saúde e nos seus respetivos serviços, pelo que se torna fundamental uma caracterização da situação de forma contínua, ao qual se vai sempre aperfeiçoando o ponto de partida, ao invés de se partir sempre do mesmo ponto de forma estanque. Fundamentalmente, nesta etapa “(...) *definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes*” (Ruivo, et al., 2010, p.11).

Como já foi referido, o tema para o projeto de intervenção será “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF”.

O diagnóstico de situação foi efetuado com recurso a vários instrumentos, nomeadamente entrevista/reunião com a Enfermeira Coordenadora e a Enfermeira Orientadora do estágio final, *scoping review* e consideramos pertinente validar a problemática com a realização da análise SWOT (Apêndice II).

A SWOT consiste numa análise baseada no equilíbrio entre o ambiente interno e o externo. Forças (*Strengths*) e fraquezas (*Weaknesses*) estão relacionadas ao ambiente interno da empresa e as Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*), referem-se ao ambiente externo (Barbosa, et al., 2017). Esta ferramenta foi então utilizada de forma a ver os pontos positivos e negativos face a esta situação.

Este tema surgiu após reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCI e a Enfermeira Especialista orientadora do estágio final, que referiram ser uma preocupação permanente no Serviço. O tema foi ainda debatido com o Professor Hugo Franco, estando já previsto o início da fase de diagnóstico de situação. Foi decidida de forma conjunta a elaboração de um procedimento setorial sobre ONAF (Apêndice III), baseado na evidência científica. Como já referido anteriormente, a função respiratória é também uma das funções vitais frequentemente ameaçada na pessoa em situação crítica, constituindo umas das complicações mais frequentes em UCI. O estágio final teve a particularidade de ser realizado em contexto de pandemia por *SARS-Cov2*, o que levou com que o motivo de internamento em SCI fosse maioritariamente patologia respiratória, o que nos levou à prestação de cuidados de enfermagem individualizados à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF.

Foi entregue ao SIUE a proposta de projeto de intervenção profissional (Apêndice IV), que após avaliada pela comissão de ética, foi aceite.

3.1.2. Definição dos Objetivos

Enquanto segunda etapa da Metodologia de Projeto, a definição de objetivos define-se como uma etapa que indica os resultados que se pretendem atingir, podendo ter diferentes níveis, isto é, ir de objetivos gerais a específicos (Ruivo, et al., 2010).

Assim sendo, o objetivo geral traçado foi: Contribuir para uma prestação de cuidados segura e de qualidade à pessoa em situação crítica na UCI, submetido a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, com a elaboração de um procedimento setorial.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Criar proposta de procedimento setorial sobre utilização de oxigenoterapia nasal de alto fluxo;
- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre os cuidados a prestar à pessoa em situação crítica submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo;
- Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo.

3.1.3. Planeamento e execução

O planeamento diz respeito à terceira etapa da Metodologia de Projeto. É nesta fase que é realizado o esboço do projeto e a sua calendarização, o levantamento de recursos a utilizar, as condicionantes do projeto, as atividades a desenvolver, definindo a forma e as estratégias de atuação (Ruivo, et al., 2010).

A execução corresponde à quarta etapa da Metodologia de Projeto, onde é colocado em prática o que foi previamente planeado, isto é, onde a investigação é transformada em ação. Nesta etapa, são recolhidos dados, posteriormente analisados, com o intuito de resolver os problemas identificados anteriormente (Ruivo, et al., 2010).

O planeamento e execução deste projeto será abordado em conjunto, uma vez que se tratam de etapas interligadas e dependentes.

Deste modo, para cada objetivo específico foram delineadas atividades a serem desenvolvidas e os recursos a serem utilizados. O cronograma das atividades encontra-se no Apêndice IV.

Inicialmente, elaborámos uma proposta de PIP na Universidade de Évora, validada pelos vários intervenientes do projeto: enfermeiro orientador, enfermeira coordenadora da Unidade e docente orientador. A proposta do PIP foi realizada de acordo com as orientações do SIUE, incluído o resumo, plano de projeto e cronograma das atividades (Apêndice IV), que sofreu algumas alterações ao longo do estágio, conforme a necessidade de alterar a gestão do tempo e de acrescentar novas atividades. A submissão da proposta do PIP à Universidade de Évora foi enviada a 15 de novembro de 2021, tendo recebido parecer favorável.

Em seguida, apresentamos as atividades e estratégias delineadas para atingir os objetivos específicos planeados, assim como os recursos utilizados.

Objetivo específico: Criar proposta de procedimento setorial para abordagem à pessoa submetida a ONAF.

Atividades:

- Metodologia de revisão secundária tipo *scoping review* (Apêndice I);
- Construção, com base na pesquisa realizada e orientações institucionais, o procedimento setorial sobre ONAF;

- Elaboração da proposta inicial do procedimento setorial sobre ONAF, pelo docente orientador, enfermeira orientadora de estágio e enfermeira coordenadora;
- Revisão da proposta do procedimento setorial, de acordo com as indicações dos intervenientes acima citados;
- Elaboração da versão final da proposta de procedimento setorial sobre ONAF.

Recursos humanos: Docente Orientador; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Coordenadora.

Recursos materiais: computador; bibliografia pesquisada em bases de dados científicas e livros; normas e *guidelines* de entidades especialistas em ONAF; documentação institucional.

Objetivo Específico: Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre os cuidados a prestar ao doente em situação crítica submetido a oxigenoterapia nasal de alto fluxo através da construção de procedimento setorial.

Atividades:

- Envio do artigo científico (Apêndice V) elaborado à enfermeira orientadora;
- Envio e análise da proposta de procedimento setorial realizada à enfermeira orientadora;
- Envio e apresentação da proposta de procedimento setorial realizada à Enfermeira Coordenadora;
- Envio da proposta de procedimento setorial realizada à enfermeira responsável pela área da formação em serviço;
- Disponibilização de procedimento setorial para a restante equipa multidisciplinar da UCI, mais concretamente para grupo de trabalho de ventilação não invasiva.

Recursos humanos: equipa multidisciplinar.

Recursos materiais: computador.

Objetivo Específico: Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo.

Atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre alto fluxo nasal;

- Realização de pesquisa bibliográfica direcionada à ONAF aplicada à pessoa em situação crítica (adultos);
- Apresentação dos resultados da revisão *scoping* à equipa;
- Apresentação das recomendações nos cuidados de Enfermagem sobre a ONAF;
- Disponibilização do póster no ambiente de trabalho informático dos profissionais da UCI;

Recursos humanos: Enfermeira Coordenadora.

Recursos materiais: computador; bibliografia pesquisada em bases de dados científicas e livros; normas e *guidelines* de entidades especialistas em ONAF; documentação institucional.

3.1.4. Avaliação e Divulgação

A última etapa da metodologia de planeamento em saúde é a avaliação, nesta fase é onde se verifica a consecução dos objetivos definidos na etapa dois. É importante referir que esta avaliação deve ser feita ao longo do tempo de execução do projeto, de forma a melhorar constantemente a atuação, redefinindo de forma constante a análise de situação, redefinindo os objetivos traçados, assim como selecionando novamente os meios e as estratégias de atuação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Foi feita uma formação informal para dar conhecimento do procedimento de forma a uniformizar os cuidados individualizados à pessoa com necessidade de ONAF, com a apresentação de um póster (Apêndice VI), foi entregue o procedimento setorial para a restante equipa multidisciplinar da UCI, mais concretamente para grupo de trabalho de ventilação não invasiva/ONAF e durante os turnos foram feitas reflexões com a equipa de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de ONAF, onde ficou feita a sugestão de trabalhar o diagnóstico “Risco de processo respiratório comprometido da pessoa com ONAF.

A *Scoping review* foi relevante para a prática baseada em evidência na prestação dos cuidados de enfermagem, assim como o procedimento setorial para a uniformização dos cuidados. Concluímos que a pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF carece de uma monitorização apertada, em especial nas primeiras horas e o enfermeiro tem o papel fundamental na monitorização contínua e rigorosa da pessoa em situação crítica, de forma a detetar a falha da oxigenoterapia por ONAF, evitando a entubação traqueal tardia. Salientam-

se a monitorização de FR, SpO₂, trabalho respiratório e TA e o registo de Fluxo, FiO₂ e temperatura.

Será dada continuidade no SCI ao projeto de intervenção profissional e, esperamos que num futuro próximo, ao serviço onde exercemos funções e até alongá-lo aos serviços onde seja administrado a ONAF.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo retratará uma análise reflexiva acerca das competências desenvolvidas e adquiridas durante o percurso académico destacando os nossos conhecimentos, uma vez que detemos 12 anos de experiência num SU, as UC lecionadas ao longo do mestrado, as atividades desenvolvidas durante o estágio final e através da elaboração deste relatório. Será então realizada uma síntese reflexiva focando-nos nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC e as Competências de Mestre em Enfermagem.

O enfermeiro especialista é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios reconhecidos na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham competências comuns aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, envolvendo dimensões como a educação de clientes e pares, a gestão e liderança, a investigação e os programas de melhoria da qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série). Assim, os cuidados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e exigem a observação e a colheita contínuas de dados, objetivando conhecer continuamente a situação e assegurar uma intervenção correta, eficiente e em tempo útil. Para que tal aconteça é premente realizar uma avaliação diagnóstica adequada e uma monitorização contínua da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, reconhecendo-se então, a necessidade de competências clínicas especializadas nesta área. Desta forma, é reconhecida a necessidade de adquirir competências em situações de catástrofe ou emergência multivítima e na intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, como igualmente importantes (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série).

Desta forma, as aquisições de competências caracterizam-se por ser um processo sistemático e constante, de uma reflexão afincada que permite interiorizar saberes adquiridos resultantes da prática clínica (Benner, 2001). No decorrer do estágio final foram desenvolvidas diversas atividades, existiu a oportunidade adquirir determinados conhecimentos, que quando aliados a prestação de cuidados de enfermagem, permitiram percorrer um caminho pautados pelo desenvolvimento de competências.

Por fim, as competências de Mestre encontram-se descritas no Artigo 15º de Capítulo III em Diário da República, 1ª Série, nº 176, 13 de setembro de 2016 (Decreto lei nº 63/2016 de 13 de setembro) e de acordo com o ciclo de estudos acreditado o Mestre em enfermagem (Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior, p. 27):

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

Competência 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia.

Competência 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.

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

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

Competência 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.

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

Fizemos então uma reflexão crítica das estratégias utilizadas para as desenvolver, dando especial ênfase ao estágio final. Como as competências de Mestre em Enfermagem vão ao

encontro das competências de Enfermeiro Especialista, pelo que serão abordadas em simultâneo.

Segundo Benner (2001), o desenvolvimento de competências assenta no reconhecimento das necessidades de aprendizagem de cada enfermeiro, que através da experiência aprende a identificar o que é relevante em determinada situação e aprende a retirar o seu significado. Considerando a excelência dos cuidados de enfermagem, as competências surgem quando o enfermeiro através da aprendizagem experiencial desenvolve uma perícia profissional assente em conhecimentos e não pela sua simples aplicação (Benner, 2001).

O modelo de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de alicerce durante o nosso percurso formativo. Face à minha condição de enfermeira que cuida de adultos e à problemática em estudo o modelo de Benner enquadra-se no nosso trabalho e permite-nos a sustentação das afirmações de mudança de comportamento ou aquisição de competências. Benner (2011), através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experimental (Benner, 2001).

De acordo com o parecer da Ordem dos Enfermeiros Nº 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, sugere-se que *“para o desenvolvimento de competências em Enfermagem, não pode ser vedada a experiência clínica aos enfermeiros, aliada ao desenvolvimento de investigação e reflexão entre pares sobre as melhores práticas clínicas. No âmbito das intervenções clínicas especializadas de Enfermagem, não se pretende assim definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a acção dos Enfermeiros Especialistas a um conjunto de atividades e tarefas, antes sim, considerar uma intervenção assente na aplicação efetiva do conhecimento, evidências científicas e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 3).

Em suma, este modelo defende que o desenvolvimento de competências está diretamente relacionado com o tempo e as experiências vivenciadas pelo profissional, considerando que o conhecimento prático sofre uma evolução positiva com a relação proporcional entre estes dois fatores (Tomey & Alligood, 2004).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro publicado em Diário da República, nº 26, 2ª série, as competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento e melhoria dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área da especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, ou seja, um conjunto de conhecimentos e aptidões que lhes possibilita aperfeiçoar a sua prática clínica diária (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série).

Deste modo, os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências aplicáveis aos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde onde estão inseridos, envolvendo as dimensões da educação das pessoas e dos pares assim como a orientação, aconselhamento e liderança. É também incluída a responsabilidade de investigar temas pertinentes e relevantes que permitam um avanço e uma melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série).

Existem quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista sendo elas as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série) Passaremos à análise de cada um individualmente.

No início do estágio final foi desenvolvido um plano de projeto de estágio, onde estipulamos as atividades a desenvolver no campo de estágio, como estratégia orientadora para o desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, que podem ser consultadas no Apêndice VII.

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

A - Competências do 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.

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

Unidades de competência:

- **A.1.1** – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.
- **A.1.2** – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
- **A.1.3** – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência:

- **A.2.1** – Promove a proteção dos direitos humanos
- **A.2.2** – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 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.

Na prática da sua profissão, os Enfermeiros devem sempre “(...) *adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos*

cidadãos.” (Ordem dos Enfermeiros, 1996) Na deontologia profissional, também a garantia de práticas de cuidados tendo por base o respeito pelos direitos humanos se encontra mencionada no Artigo 99º do Código Deontológico, *“(…) as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante todo o meu percurso profissional e no período de estágio final foi assumida a responsabilidade de prestar cuidados que respeitem os direitos das pessoas, tal como inscrito na declaração universal dos direitos humanos, respeitando os princípios éticos considerados fundamentais em saúde, ou seja, respeito, justiça, beneficência e não maleficência. Foram cumpridos os princípios e valores profissionais enunciados no Código Deontológico, obedecendo aos princípios éticos associados aos cuidados de enfermagem e respeitando valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos. Para isto é fundamental ter como base a Declaração Universal dos Direitos do Homem, que refere que todas as pessoas têm direito à vida, à liberdade e à segurança devendo ser repudiadas todas as formas de tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Na prática da enfermagem os enfermeiros são confrontados diariamente com situações de natureza complexa devendo-se privilegiar sempre o respeito e dignidade de cada pessoa. Durante a prestação de cuidados procuramos promover sempre o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, à privacidade, confidencialidade e segurança da informação. No SUG onde exercemos funções existe um elevado fluxo de pessoas, muitas vezes há necessidade de as colocar em corredores e zonas de passagem, levando à diminuição da sua privacidade, mas temos sempre o cuidado de tentar respeitar os direitos do utente. Temos também a possibilidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, no suporte de tomada de decisão ética, em casos de opção de estabelecimento de limites de cuidados ou de não reanimação. Segundo Benner, o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos técnicos, capaz de tomar decisões, comunicar de forma eficaz, demonstrar flexibilidade, ser responsável e criativo, apresentar espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

Tendo o estágio final decorrido numa UCI, onde a maior parte dos doentes se encontra sedada e assim impossibilitados de comunicar, não se podem descurar as intervenções deste domínio. Consideramos na nossa prática os estados de conforto referidos por Kolcaba, sejam o alívio, tranquilidade e transcendência no que diz respeito às dimensões física, espiritual, social e ambiental. Promovemos sempre garantir o respeito pela privacidade, assegurar o sigilo

profissional e garantir o respeito pelas crenças, valores e culturas. Neste serviço, revelou-se fundamental integrar o doente e/ou família em todo o processo de tomada de decisão, procurando estar sempre presente e ser um elemento facilitador na tomada de decisão. Estes deveres de sigilo e respeito pela intimidade também de encontram contemplados no Código Deontológico nos artigos 106º e 107º (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No âmbito da estratégia de intervenção profissional os deveres éticos foram também tidos em conta, através de um parecer à Comissão de ética da Universidade de Évora para aprovação do projeto.

Os conteúdos lecionados na UC de epistemologia, ética e direito em enfermagem, possibilitaram a aquisição de saberes que permitiram aperfeiçoar a prática e consolidar conhecimentos neste domínio, servindo como utensílios que permitiram desenvolver um espírito crítico, refletindo acerca das práticas diárias, com vista ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. O trabalho realizado nesta UC, com o tema “Conspiração do silêncio” permitiu-nos aprofundar o conhecimento de ferramentas alternativas, como SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize*) no que toca a “dar más notícias”. Esta ferramenta é facilitadora desse contexto e pode ajudar a diminuir a ansiedade. Na nossa prática profissional, as decisões são suportadas em princípios, valores e normas pelo que esta mudança de comportamentos é fundamental.

4.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

B – Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

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

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional*

Unidades de competência:

- **B.1.1** – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
- **B.1.2** – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

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

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.*

Unidades de competência:

- **B.2.1** – Avalia a qualidade das práticas clínicas.
- **B.2.2** – Planeia programas de melhoria contínua.
- **B.2.3** – Lidera programas de melhoria contínua.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.*

Unidades de competência:

- **B.3.1** – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
- **B.3.2** – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

Segundo o nº 6 do Artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os enfermeiros “(...) *no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a demonstrar a sua preocupação com a qualidade dos cuidados de Enfermagem, assumindo a necessidade de implementar sistemas de qualidade, redigindo o documento “Padrões de qualidade dos Cuidados em Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001) cujos enunciados descritivos são “*a satisfação do cliente*”, “*a promoção da saúde*”, a “*prevenção de complicações*”, “*o bem estar e o autocuidado*”, a “*readaptação funcional*” e “*a organização dos cuidados de enfermagem*”, que vão de encontro ao documento enunciado pela OE “padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem EMC: na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), ou seja, na área dos cuidados de enfermagem especializados, o foco nos padrões de qualidade especializada na pessoa em situação crítica veio fortalecer a pesquisa de modelos de excelência no exercício profissional. O anexo II do Regulamento aprovado na Assembleia Extraordinária do Colégio da EEMC-PSC da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2017), os enfermeiros especialistas em EMC-PSC são reconhecidos como indivíduos fundamentais na organização e segurança dos cuidados especializados ao doente em situação crítica. A análise destes documentos foi fundamental durante o ano letivo.

No estágio final foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira Coordenadora de forma a realizar um levantamento de necessidade de novos projetos na área da qualidade no serviço.

Assim, no sentido de oferecer cuidados de qualidade aos clientes em situação crítica com IRA sob ONAF, desenvolvemos o projeto de estágio.

Deste modo, com vista à excelência na prestação de cuidados com qualidade desenvolvemos uma *scoping review* (Apêndice I) e publicamos um artigo científico, cujo resumo pode ser consultado no Apêndice V, acerca dos Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica sob ONAF em contexto de UCI, mais concretamente sobre a pessoa com IRA. Realizamos um procedimento setorial intitulado “*Procedimento de utilização de ONAF – modelo AirVo*” (Apêndice III). Ao implementar o projeto de estágio, bem como a pesquisa realizada para a sua elaboração, pensamos ter contribuído para a implementação e consequente melhoria da qualidade e segurança dos doentes, através da realização deste procedimento setorial de um

conjunto de intervenções de enfermagem associadas à utilização de ONAF. Podemos então criar uma analogia com este domínio de competência com o modelo de Patricia Benner, como intrínseco ao enfermeiro perito: administração e vigilância de protocolos terapêuticos e assegurar e vigiar os cuidados.

Neste domínio, enquanto profissionais, o facto de termos sido elo de ligação da Diabetes (Anexo I), programa que visa a melhoria continua nos cuidados, permitiu-nos desenvolver estas competências.

A segurança na prestação de cuidados é fundamental em várias temáticas. A UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, contribuiriam também para o progresso deste domínio de competências, aumentando o nosso conhecimento sobre programas de melhoria continua da qualidade. O tema do trabalho realizado na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, sobre “Gestão de Risco e Segurança do Doente” despertou-nos especial interesse uma vez que somos diariamente confrontados com esta realidade. *“A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direccionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais”* (DGS, 2018, p. 3). No serviço onde desempenhamos funções, a necessidade de prestação de cuidados o mais rápido possível, a elevada afluência e permanência de doentes no Serviço, a escassez de recursos humanos, nomeadamente da equipa de enfermagem e o número de solicitações por parte dos doentes que se encontram na fase mais aguda da doença, mostram que é muito relevante a atenção na prestação de cuidados.

Foi também realizado um estágio de observação com o Enfermeiro Interlocutor da Qualidade do SUG onde trabalhamos, que tem como missão, entre outras, promover a cultura de Qualidade e Segurança como metodologia de melhoria continua dos cuidados de saúde, da organização e infraestrutura no Serviço (CHMS – Descrição das Funções do Interlocutor da Qualidade, 2011). Este estágio de observação participante permitiu perceber o conteúdo funcional deste posto de trabalho, permitindo também, observar uma maneira de aplicar as competências do Domínio da Melhoria da Qualidade, através da análise de debate sobre os programas de melhoria da qualidade. Pudemos verificar que estão a ser revistos os protocolos/procedimentos de Serviço, sendo um dos nossos objetivos futuros, transportar o procedimento setorial que realizamos em estágio final, para o nosso local de trabalho. Foi fundamental o conhecimento e estudo dos procedimentos existentes quer no SU quer no SCI,

contribuindo para a utilização de indicadores e aceder a normas e outros documentos com fundamentação científica para avaliação da qualidade.

A atualização e a formação dos profissionais são essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega, *et al.*, 2015). Assim, ao longo do nosso percurso, e no sentido de garantir o desempenho de uma prática baseada na evidência, participamos em diversas sessões de formação e eventos científicos, nomeadamente “Introdução à Electrocardiografia” (Anexo II), 3as Jornadas de Enfermagem em Cirurgia com o tema: “Essência do Cuidar – Refletir para Melhorar” (Anexo III), fomos preletores da apresentação e elaboração de um póster como tema “Síndrome Compartimental nas 3^{as} Jornadas de Cirurgia (Anexo IV), “Precauções Básicas de Controlo de Infeção; Precauções Básicas de Vias de Transmissão e Coronavírus” (Anexo V); Transporte do doente crítico (Anexo VI), “Uso de E.P.I.E em Unidades de Isolamento – Realidade do Covid 19” (Anexo VII), “Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência” (Anexo VIII), Emergências Cardiológicas – Disritmias no Serviço de Urgência (Anexo VIII), Ventilação Mecânica Não Invasiva no Serviço de Urgência (Anexo VIII), Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência (Anexo VIII), Pós Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar (Anexo IX), Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo X) e *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo XI), Jornadas de Atualização Cardiológica (Anexo XII), fomos elemento da Comissão Organizadora das V Jornadas do Serviço de Urgência Geral do nosso serviço (Anexo XIII) e participámos no III Seminário Internacional sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde (Anexo XIV). Uma vez que desempenhamos funções num SUG temos também o curso de Triagem de Prioridades na Urgência (Anexo XV).

Um dos domínios desta competência prende-se com a manutenção de um ambiente terapêutico. Deste modo deve ter-se em atenção que a hospitalização implica mudanças na vida do indivíduo e da sua família, gerando ansiedade, sendo o ambiente no SU e no SCI uma fonte de stress, que envolve o indivíduo, a sua família e os profissionais de saúde, pelo que estes se devem preocupar com o processo de recuperação do cliente, contribuindo para um ambiente adequado, proporcionando uma sensação de relacionamento e não de isolamento (Assunção & Fernandes, 2010).

Foi conseguido transportar esta competência quer para o estágio final, quer para a prática diária, procurando envolver cada vez mais a família e o cliente na prestação de cuidados, contudo a pandemia limitou e, em muitas das situações impediu até que os doentes vissem

quebrado o direito de estar com os seus familiares durante o internamento, o que terá certamente proporcionado um ambiente não propício à recuperação.

4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

C – Competências do domínio da gestão dos cuidados

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

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.*

Unidades de competência:

- **C.1.1** – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- **C.1.2** – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

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

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados*

Unidades de competência:

- **C.2.1** – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.
- **C.2.2** – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Competência de Mestre em Enfermagem

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento nº 101/2015 “(...) os enfermeiros gestores *“contribuem no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior.”* (Regulamento nº 101/2015 de 10 de março. Diário da República, nº 48, 2ª série).

Tendo em conta o desenvolvimento das competências do domínio neste domínio, tivemos a possibilidade de acompanhar no estágio final uma enfermeira que desempenhava por várias vezes o papel de chefe de equipa do SCI. Apesar de neste estágio ter dado mais ênfase à prestação de cuidados, foi-nos assim permitida, através de observação direta, o desenvolvimento destas competências. Este posto de trabalho é definido por documento interno do CH como um enfermeiro com competência de coordenação das equipas de Enfermagem e de AO e de registar ou tomar decisões no que relativamente às intervenções de enfermagem durante o turno. Substituiu o Enfermeiro Coordenador na sua ausência, acumulando também a responsabilidade da tomada de decisão em situações complexas no que se refere à gestão dos recursos humanos e materiais, colaborando na decisão e apreciação de assuntos relacionados com a organização e funcionamento do Serviço (CHMS – Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem do SCI, 2018).

Na área de gestão de materiais foi possível, sob a supervisão da enfermeira orientadora, realizar a reposição de *stocks* dos Estupefacientes no Serviço, confirmar a reposição de material e medicação, verificar as condições de higiene e armazenamento do material e equipamento e, se necessário, providenciar a sua manutenção.

A possibilidade de acompanhar a enfermeira orientadora no desempenho de função de chefe de equipa e de refletir com a mesma sobre as decisões tomadas, foi também essencial no desenvolvimento das competências na área da gestão.

No nosso local de trabalho, somos o terceiro elemento de uma equipa, o que faz com que por diversas vezes tenhamos que assumir o cargo de chefe de equipa, o que contribui para a obtenção das competências deste domínio. Somos enfermeiros com funções no SUG já há vários anos e conhecemos aprofundadamente todos os elementos da equipa multidisciplinar assim como o serviço. Assim, podemos citar Benner, quando a mesma refere que: *“é preciso saber continuamente em que ponto estão os recursos do serviço e enfrentar o que ocorre. São as enfermeiras que o fazem”* (Benner, 2001, p. 139).

As funções do Enfermeiro Chefe de Equipa do SUG são semelhantes às descritas do local de estágio. Fazem parte das funções de chefia de equipa proceder à elaboração do plano de distribuição da equipa de enfermagem que chefia. Este orienta, supervisiona e participa nas ações que visam a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem, gerindo os recursos de enfermagem e de AO disponíveis em cada turno, de acordo com a carga de trabalho existente em cada posto, a articulação da equipa multidisciplinar e articulação com outros serviços do hospital (CHMS – Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem do SUG, 2018). Os recursos humanos têm muitas vezes que ser mobilizados, de modo a dar resposta às necessidades dos utentes que recorrem ao serviço.

Muitas vezes é também necessário gerir o espaço físico, no que diz respeito a vagas de doentes.

Para a aquisição desta competência foi também feito um estágio de observação participativa com o Enfermeiro Coordenador do ADR SUG/SO, onde tivemos oportunidade de identificar outras funções do Enfermeiro Especialista, como a gestão de recursos humanos através da realização de horários, folha de trocas, previsão de necessidade para turnos seguintes, gestão de material e equipamentos como stocks de material e medicação, articulação com serviços de apoio, como por exemplo, aprovisionamento, farmácia e esterilização, verificação e reposição de carros de emergência.

No desenvolvimento e aquisição desta competência, contribuíram de forma importante as unidades curriculares lecionadas ao longo do mestrado, como Gestão em Saúde e Governação Clínica.

4.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.*

Unidades de competência:

- **D1.1** – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
- **D1.2** – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da intervenção.*

Unidades de competência:

- **D2.1** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
- **D2.2** – Suporta a prática clínica em evidencia científica.
- **D2.3** – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 2 *Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia.*

Competência 4 *Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.*

Competência 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.*

Ao analisarmos a deontologia profissional, no Artigo 109º, alínea C, referente aos deveres em geral, verificamos que *“O enfermeiro procura, em todo a ato profissional, a excelência do exercício assumido o dever de (...) manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De forma a dar continuidade à formação de enfermeira generalista foi executado um longo percurso prévio à aquisição de competências, havendo necessidade de aumentar os conhecimentos teóricos e práticos desta área de especialização desde o contexto teórico das aulas até ao contexto da prática de cuidados. Estes conhecimentos foram sendo adquiridos durante as aulas teóricas no início deste percurso, pela pesquisa bibliográfica em fontes credíveis e atualizadas de modo a manter o conhecimento sempre o mais atualizado possível e através da partilha de experiências, quer com os pares, quer com a enfermeira orientadora no contexto do estágio final.

A atualização e a formação dos profissionais são essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega, *et al.*, 2015). Assim, ao longo do nosso percurso, e no sentido de garantir o desempenho de uma prática baseada na evidência, participamos em diversas sessões de formação e eventos científicos, já anteriormente referidos.

No contexto de estágio final tentei absorver o máximo de aprendizagens possível, com uma postura reflexiva, pensamento crítico e humildade. Foi inevitável não utilizar a comparação entre a realidade desta UCI e o SUG onde exercemos funções. Este ensino clínico foi verdadeiramente importante uma vez que aprendemos de forma conjunta com outros, tentamos sempre ter um papel ativo e integrar todas as experiências novas e isto permitiu aumentar o conhecimento e a autoconfiança, constituindo uma oportunidade única no nosso trajeto profissional, contribuindo para o crescimento enquanto enfermeiros e futuros enfermeiros Especialistas.

Segundo Benner a prática clínica baseada na evidencia científica é um meio de assegurar a qualidade da mesma (Benner, 2001). No que diz respeito à mudança de práticas baseada em evidencia há ainda a referir o projeto de intervenção profissional – elaboração de um

procedimento setorial sobre ONAF (Apêndice III) - tendo sido realizada uma *Scoping review* e um artigo científico (Apêndice V) sobre a temática.

Dado que as UCI formam um amplo leque de experiências e conhecimentos, deu-se ênfase a um Congresso sobre ventilação mecânica invasiva, que foi cancelado por razões alheias à minha pessoa.

Fomos responsáveis pela integração de um colega no SU, sendo assim um elemento facilitador na aprendizagem dos mesmos. A oportunidade de orientar alunos da licenciatura em enfermagem foi igualmente um instrumento importante para o desenvolver destas competências.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro de EMC PSC

Segundo a alínea 3 do Artigo 4º do REPE, o enfermeiro especialista é um “(...) *enfermeiro habilitado com um curso de especialização de enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Uma das áreas de especialização do enfermeiro é a enfermagem Médico – Cirúrgica, sendo a Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica um dos âmbitos de intervenção. Pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros, como “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.*” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série).

Segundo o nº 1 do Artigo 3º do Regulamento nº 429/2018, as competências específicas do EEEMC – PSC podem ser divididas em três domínios de cuidados: “*cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 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*” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série).

Serão assim descritas as competências específicas pertencentes a esta área de especialização.

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

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

Descritivo: Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades da competência:

- **1.1** Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- **1.2** Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- **1.3** Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.
- **1.4** Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- **1.5** Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.
- **1.6** Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre

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

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

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são aqueles prestados à pessoa com funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série) e quer na prática diária quer no estágio final no SCI, foi possível prestar cuidados à pessoa nesta situação, permitindo o desenvolvimento desta competência.

Considerando que exercemos funções num SUG há 12 anos, podemos afirmar que prestamos cuidados à pessoa em situação crítica, sendo desta forma o desenvolvimento desta competência realizado ao longo do percurso profissional.

Apesar do nosso projeto de intervenção profissional ser direcionado à pessoa com ONAF, a realização do estágio final numa UCI foi enriquecedora pois foi possível observar e participar em intervenções que permitiram o desenvolvimento desta competência. Foi na pessoa com necessidade de ONAF que conseguimos pôr em prática a evidencia científica sobre a qual nos debruçamos. Desde a montagem do equipamento, vigilância do mesmo e explicar o procedimento à pessoa, iniciar a técnica com parâmetros ajustados à condição da pessoa, monitorização da pessoa/parâmetros, vigilância de complicações como epistaxis, lesões da cavidade nasal, ajustar parâmetros de acordo com os valores da gasimetria arterial. Também colocamos a pessoa em posição *prone* se a pessoa tolerava e efetuamos os devidos registos informáticos sobre o fluxo, o FiO₂ e a temperatura.

Foi possível manusear e auxiliar na colocação de dispositivos de monitorização invasiva, como a linha arterial, avaliação da pressão intra-abdominal, posicionar a pessoa sob VMI ou ONAF em *prone*, monitorização do Índice Biespectral, aplicar protocolos terapêuticos complexos, como cuidados à pessoa com necessidade de função renal por técnica de substituição renal e prestar cuidados à pessoa em situação crítica com patologias de foro respiratório, cardíaco, nefrológico e cirúrgico e sua família com especial ênfase na comunicação e apoio emocional. Alguns protocolos que desconhecia contribuíram igualmente para consolidar esta competência.

Uma das intervenções realizadas na UCI e também no meu local de trabalho além das já referidas, foi o transporte de pessoa em situação crítica para realização de exames, para o Bloco

Operatório ou para outras unidades hospitalares e os cuidados que lhe são inerentes. Neste contexto a mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica emitiu um parecer (Parecer nº 09/2017) sobre o transporte da Pessoa em Situação Crítica. Segundo Lopes & Frias (2014), a decisão de transportar estes indivíduos deve ser baseada na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos potenciais. O transporte só deve ser realizado se existir necessidade de cuidados ou exames não disponíveis no local. Ainda, segundo os mesmos autores o transporte seja um procedimento frequente, existe uma variedade de riscos envolvidos, decorrentes de alterações respiratórias e cardíacas, da dor ou de falhas técnicas como interrupção acidental de perfusões (aminas) e falha no suporte de oxigénio. No caso de o doente estar consciente, o transporte poderá causar *stress* e ansiedade, que pode levar a um agravamento da situação clínica. De forma a minimizar estes riscos é fundamental planear todas as fases do transporte, nomeadamente a fase preparatória, a fase de transferência e a fase de estabilização após o transporte (Frias & Lopes, 2014).

Em contexto de estágio a dor foi uma temática à qual demos bastante importância. A DGS, em 2017, criou o programa nacional para a prevenção e controlo da dor, com o objetivo de dar continuidade à missão e visão de planos anteriores, uma vez que a abordagem e implementação de boas práticas na gestão da dor é transversal a todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017).

Segundo Teixeira e Durão (2016), a dor está quase sempre presente na Pessoa em situação crítica, relacionando-se com a patologia de base que causou o seu internamento, sendo várias as fontes de dor, quer pela gravidade do seu estado clínico, quer pelos procedimentos invasivos e presença de vários dispositivos. A avaliação da dor foi realizada sempre que necessário, sendo associada a maior agitação psico-motora, fácies sugestiva de dor, queixas à mobilização, interpretação de desadaptação ventilatória, taquipneia e taquicardia. Salienta-se o fato de grande maioria dos utentes estar sob analgesia, sedação e alguns sob curarização. Em situações que se justificasse a analgesia foi realizada antes dos posicionamentos e antes da aspiração de secreções. O controlo da dor na PSC pode diminuir o risco de complicações, o que fundamenta a importância da sua avaliação e tratamento (Teixeira & Durão, 2016). Assim, foram consultados protocolos de avaliação da dor, implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo.

Por fim, no que concerne ao desenvolvimento de competências neste domínio, também contribuíram as formações e congressos acima supracitados.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, a pessoa em situação crítica, necessita constantemente de cuidados de enfermagem, por se encontrar, na maior parte das vezes em risco de vida (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série). A teoria do Conforto está relacionada com os cuidados básicos de Enfermagem, mas pode ser utilizada em contextos de alta tecnologia, como por exemplo, a UCI. As situações de doença aguda podem provocar desconforto ao doente, pelo que devem ser identificadas as causas deste desconforto e intervir. Consideramos que na nossa prática trabalhamos de modo a proporcionar à pessoa em situação crítica/família alívio físico e tranquilidade.

Em contexto de situação crítica, as quatro dimensões do conforto podem ficar comprometidas. A pessoa nestas condições pode apresentar sintomatologia como dispneia, dor (contexto físico), o facto de ocorrerem alterações no ambiente (contexto ambiental) também pode condicionar o conforto, com a sua independência emocional afetada (contexto psicoespiritual), e sem a presença dos seus familiares/ pessoas significativas (contexto sociocultural) (Bravo, 2020).

Nem estudo realizado por Ponte et. al (2019), que retrata a temática do conforto no SU, referem que a dor foi a principal motivo de desconforto abordado (contexto físico). Em relação ao contexto ambiental, a pessoa sente-se desconfortável ao ver outros em situações mais severas. De acordo com os mesmos autores, as macas provocam desconforto porque para além de terem dimensões reduzidas e serem mal acolhoadas, com tecidos que facilitam a limpeza, mas que provocam um efeito indesejado na pele (Ponte, Bastos, Sousa, Fontenele, & Aragão, 2019).

Num estudo levado a cabo numa UCI, realizado por Gomez et. al (2017) referem que as pessoas com maior poder socioeconómico têm uma menor probabilidade de sentir desconforto no decorrer do internamento. A dimensão social também é um aspeto relevante, uma vez que as pessoas com um nível de educação maior tiveram uma probabilidade menor de se sentirem desconfortáveis.

As UC EMC I, II e Fisiopatologia contribuíram também para o desenvolvimento desta competência.

Podemos aqui fazer uma conformidade com Benner, uma vez que consideramos atingido o desenvolvimento das competências do domínio da função de diagnóstico e de vigilância do doente, a gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente, o ministrar e monitorizar

intervenções e regimes terapêuticos e as competências de trabalho organizacional (Benner, 2001).

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

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

Descritivo: *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.*

Unidades de competência:

- **2.1** Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- **2.2** Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.
- **2.3** Planeia resposta à situação de catástrofe.
- **2.4** Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- **2.5** Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

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

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem ser de origem de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (Regulamento nº 429/2018 - Diário da República). Neste contexto podemos considerar as vítimas de violência, existindo no CHMS uma Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) desde 2016. Esta é uma equipa multidisciplinar constituída por dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e um psiquiatra e tem como missão desenvolver atividades perante uma pessoa adulta vítima de violência, negligência, abuso discriminatório ou nos casos em que haja suspeita da ocorrência de um destes eventos, de acordo com a legislação em vigor. (CHMS – Descrição de Funções da EPVA, 2022) A nível hospitalar, tem como objetivo trabalhar junto dos vários profissionais contribuindo para a sensibilização sobre a temática da violência. Os enfermeiros do SUG, por exemplo, ao identificarem potenciais situações de violência, deverão adotar determinados procedimentos e a EPVA é a entidade que lhes presta apoio nesta sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos, definindo com os serviços o circuito das vítimas. De uma forma sucinta, o circuito da vítima no SUG é acionado pelo profissional de saúde que suspeita da situação de violência, é feita uma avaliação médica no gabinete médico – no caso de violência sexual, é necessário manter provas até 72 horas após contacto - preenche-se o formulário de registo Clínico da Violência, disponível na *Intranet* (plataforma eletrónica do CHMS), de acordo com as diretrizes da DGS, que implicam registo minucioso e objetivo junto à alegada vítima, para além das informação que se deve registar em diário clínico e de enfermagem.

Para atingirmos esta Competência foram também uteis as aulas de EMC III, na qual realizamos um trabalho académico e um póster sobre a temática da violência no Idoso no Serviço de Urgência.

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento nº 429/2018 - Diário da República). Na Lei de bases da Proteção Civil (Decreto-lei nº 27/2006, Artigo 3º, ponto 2) podemos encontrar descrito o conceito de catástrofe, sendo “*acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem prejuízos materiais e, eventualmente,*

vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Decreto-lei nº 27/2006 de 3 de julho. Diário da República, nº 126, 1ª série).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho publicado em Diário da República, nº 135, 2ª série, faz parte do perfil do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, a necessidade de desenvolvimento de competências na resposta a situações de catástrofe. Deste modo, não dispensamos a leitura/conhecimento do Plano de Contingência Global do Hospital onde exercemos funções e onde decorreu o estágio final. Os seus objetivos passam por definir um Plano de Contingência interno do hospital e, juntar num só documento, outros planos de contingência específicos, como a Plano de Contingência para a Gripe, para temperaturas Adversas e o Plano de Catástrofe Externa.

A sua ativação acontece numa situação de contingência/crise, em que as necessidades de camas de internamento sejam superiores à capacidade instalada do CHMS, ou seja, quando a implementação do Procedimento para a Gestão Integrada de Camas de Internamento para Doentes Provenientes do Serviço de Urgência Geral (que estratifica em níveis de 1 a 4 a distribuição de doentes pelo internamento) ultrapassam a capacidade de internamento do CHMS em situação convencional (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Num cenário de Contingência é necessário reforço da dotação da equipa multidisciplinar e, numa fase em que a procura de cuidados – atendimento ambulatorio ou internamento – é elevada, todos os Serviços deverão ter previamente preparado os seus planos de contingência locais. As condições de trabalho podem ser alteradas, como por exemplo, aumento de duração dos turnos, mudanças no tipo de trabalho/serviço e os rácios de profissionais podem ter que ser mudados de modo a compensar o trabalho em locais não habituais. Os níveis de contingência devem ser revistos a cada momento para subida de nível a cada 24h para descida de nível (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

No SCI, em situações de contingência, a distribuição dos doentes críticos deverá ser constantemente avaliada para que possam ser redistribuídos pelas várias Unidades, conforme o nível de cuidados de que necessitam. Como é recorrente a lotação da UCI Nível III, os doentes que carecem destes cuidados são transferidos para UCI de outros hospitais. No CHMS, há a possibilidade de ocupação de camas satélite, ao cuidado da Equipa de EEMI, enquanto se aguarda uma vaga de UCI ou de unidades de cuidados intermédios e só quando estiverem esgotadas tais possibilidades se deverá ativar o Plano de Contingência. Dentro da instituição, o

cenário corresponde à expansão da UCI, obrigando a ativação de cenários de contingência em cadeia, começando no SCI, progredindo para as Unidades de nível imediatamente abaixo até ao nível mais inferior. Os doentes críticos carecem de cuidados diferentes conforme o seu grau de disfunção orgânica, pelo que os cenários de contingência serão diferentes para os diferentes níveis de Unidades, havendo fatores limitativos do número de camas a expandir relacionados com os equipamentos absolutamente necessários para tratar estes doentes (por ex. número de ventiladores invasivos) (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

A existência de um plano de emergência/catástrofe externa que dê resposta a situações de exceção e catástrofe surge como uma necessidade premente, dado que, tal como exposto na descrição do CHMS, a sua área de intervenção ser considerável, existindo vários fatores naturais e tecnológicos que potenciam a ocorrência de um acidente grave ou uma catástrofe. O Plano de Catástrofe Externa (PCE) tem como objetivos específicos definir uma estrutura de comando, definir procedimentos de acordo com as fases de ativação do plano, estabelecer áreas de assistência a vítimas, de acordo com o grau de prioridade, definir a admissão e identificação das vítimas, definir procedimentos de ligação à comunicação social e apoio aos familiares das vítimas, definir o fluxo de vítimas e veículos no perímetro hospitalar e estabelecer uma estratégia de divulgação, treino e teste do plano (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Neste sentido, a etapa que dá início à aplicação do PCE é a transmissão pelos profissionais no terreno da ocorrência de catástrofe multivítima ao CHMS. Ao receber uma informação que preveja a ativação do PCE, devem ser colhidas as seguintes informações: natureza e local de ocorrência do incidente; número de vítimas estimado; características das vítimas e tempo de chegada das vítimas. Após a chegada informação, o Chefe de Equipa do SUG deve informar o Presidente do CA, para a ativar o plano e indicar qual o nível de alerta adequado face à informação fornecida. No nível 1 o chefe de equipa médica do SUG deve assumir a coordenação do plano e dar retorno da sua evolução ao CA. Nos níveis 2 e 3 deve ser constituído o Gabinete de Crise (GC) que passa a coordenar todas as ações realizadas no âmbito do plano (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

O Gabinete de Crise (GC) tem a responsabilidade de coordenar todas ações e decisões necessárias, convocar ou dispensar os elementos como considere adequado, declarar o fim da situação de exceção e alcançar a progressiva normalidade de funcionamento do CH. Como descrito, a resposta da parte do CH foi estruturada em três níveis de alerta, sendo que, na sua definição, considerou-se o nível de vítimas versus a capacidade de resposta do hospital,

prevendo-se um intervalo de tempo de 60 minutos entre chegada ao SUG, da primeira e da última vítima. A ativação do Plano a partir do nível 2 implica uma redefinição de áreas de funcionamento e de circuito de clientes, alterando o funcionamento diário do hospital. Para que todas as ações decorram de forma intuitiva para as pessoas que se encontrem no perímetro do Hospital, ou que a ele tivessem intenção de recorrer, devem ser colocados painéis informativos de que este estabelecimento se encontra em situação de exceção (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Após ativação do plano, o chefe de equipa médica e o chefe de equipa de enfermagem devem distribuir as equipas consoante as áreas de intervenção e distribuir as fichas de ação, que definem a ação de cada profissional em cada área de funcionamento (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Enquanto o PCE estiver a decorrer, deve ser aplicada a todos os clientes admitidos a folha de catástrofe, que deve permanecer sempre com o cliente desde a triagem até ter alta ou ser decidido o fim da situação de exceção. Para os adultos aplica-se a Triagem de Catástrofe de Manchester e para as crianças a Triagem *JumpStart* (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Nestes episódios o acesso ao hospital, assim como a circulação dentro do mesmo, deve ser o mais restrita possível de modo a evitar qualquer entrave à circulação. Da mesma forma, todos os clientes e acompanhantes, que não estejam a ser sujeitos a tratamentos urgentes e/ou inadiáveis devem abandonar o perímetro do hospital (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Por fim o PCE contempla, ainda, a formação/informação a todos os profissionais do CH, com especial incidência sobre os profissionais que colaboram de forma direta com o SUG, devendo ser realizados exercícios de treino regularmente (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Acionado o Plano de Catástrofe as vítimas que dão entrada no SU são triadas utilizando o algoritmo de avaliação primária e secundária da Triagem de Manchester. Numa sala de arrumação do SUG existe um armário fechado, onde se encontram Kits cada um com impresso de catástrofe numerado; folhas para registo de terapêutica; folhas de requisição de análises e de exames complementares de diagnóstico; pulseiras com as respetivas cores (vermelho,

amarelo, verde e preto) de acordo com o algoritmo de avaliação primária e secundária, impresso de espólio numerado e etiquetas numeradas (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

O SU é um local de grande afluência de doentes e onde várias vezes ocorrem situações em que dão entrada multivítimas, situações consideradas de catástrofe, situações inesperadas o que obriga a que as tomadas de decisão tenham que ser feitas de imediato.

As situações multivítimas, são realmente bastante frequentes no SU onde exercemos funções. São situações complexas, que exigem, principalmente ao chefe de equipa um domínio do plano de catástrofe, capacidade de liderança e de organização, exigindo à equipa multidisciplinar espírito e trabalho de equipa. Todos os Invernos, devido à gripe, existem uma grande afluência ao SUG. Principalmente no Inverno passado, devido à pandemia *SARS-Cov2*, que levou a um aumento grosseiro dos doentes que recorrem à urgência, assim como um aumento de doentes críticos, devido à descompensação das suas patologias de base, devido ao *SARS-Cov2*. Várias foram as vezes em que se teve de ativar o Plano de contingência, abrir serviços, transferir para outros hospitais, de modo que a mobilização de doentes pudesse ser feita.

Os acidentes de viação, no qual estão inseridos vários indivíduos são situações igualmente complicadas de gerir. São doentes que dão entrada pela reanimação, em plano duro, imobilizados, lá é feita uma rápida avaliação de modo que possamos lá manter os mais graves e retirar os ligeiros. A sala de reanimação do SU onde exerço funções é composta por duas boxes, no entanto, são várias as vezes que lá se encontram quatro doentes em simultâneo. Nestas situações é fundamental gerir cuidados, planear a atuação de modo a dar resposta às necessidades dos doentes.

Uma vez que temos por vezes a função de chefe de equipa, muitas destas decisões, otimização de recursos materiais e humanos, passa por nós. O facto de exercemos funções num SUG em plena pandemia por *Covid-19* e posteriormente *SARS-Cov2* ajudou a atingir esta competência.

No que diz respeito ao estágio final no SCI, não constavam dos nossos objetivos iniciais a procura do desenvolvimento desta competência. No entanto, no decorrer do estágio, houve espaço de reflexão com a Enfermeira Orientadora – que faz parte do grupo Catástrofe da Unidade – esclarecer algumas dúvidas existentes. O plano de catástrofe deu entrada em vigor em 2016 e, quando acionado, o Enfermeiro coordenador vai para a gestão dos recursos

humanos e técnicos em conjunto com o médico do mesmo piso. Analisam qual a equipa de serviço, que vai entrar a seguir e se necessário antecipam a entrada. Verificam também quais os pacientes no serviço que podem ser transferidos para outros serviços, contactam os mesmos e agilizam a transferência. Verificam quais os recursos materiais disponíveis para serem mobilizados no serviço e fora do mesmo; informam a Enfermeira chefe bem como o diretor do serviço. Existe um Plano de Emergência Externo para todo o CHMS e um plano de Emergência e Catástrofe Interno, que foi deveras útil quando ocorreu o surto/pandemia por SARS-Cov2 no inverno de 2020/2021 que deflagrou no País. Nesta situação em particular, a UCI abriu uma unidade extra com 5 vagas, para utentes com patologia por SARS-Cov2. Os doentes que careciam de internamento em UCI, derivado de outras patologias, ficavam na UCPA (CHMS – Plano de Contingência Global, 2017).

Durante o Curso de Mestrado em enfermagem, foi possível recorrer à prática simulada, no curso de ITLS (Anexo XIV), que contribuiu para adquirir as competências necessárias.

4.2.3. 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

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.

Descritivo: Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidades de competência:

- **3.1** Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
- **3.2** Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas À Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

Competência 7 *Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) agravam o prognóstico da doença de base, aumentam a morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Deste modo, nos últimos anos tem havido uma crescente preocupação com o controlo de infeção. Em Portugal, como resposta à necessidade de uma nova abordagem ao crescente número de IACS e resistência aos antimicrobianos, surge em 2013, o Programa de prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, resultado da junção dos dois pilares que o fundamentam, que são Programa Nacional de Controlo de Infeção e o Programa de Prevenção da Resistência Antimicrobiana (DGS, 2017).

A estrutura de gestão do PPCIRA, que tem a sua regulação estipulada no Despacho nº 15426/2013, alonga-se da DGS até às unidades de saúde locais. Assim, cada Administração Regional de Saúde (ARS) e nas Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas existe um Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que inclui médicos e enfermeiros, representantes dos cuidados hospitalares, de saúde primários e dos cuidados continuados e em cada unidade de Saúde deve haver um grupo de coordenação local, cuja composição se encontra também descrita no despacho nº 15423/2013 (DGS, 2017).

O grupo de coordenação local deve promover e supervisionar as boas práticas locais em controlo de infeção, uso correto de antimicrobianos, garantindo a participação obrigatória dos programas de vigilância epidemiológica, monitorização e notificação de micro-organismos-problema, entre outros (DGS, 2017).

De salientar que em 2014, o PPCIRA deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Esta campanha é definida pela existência de dez precauções básicas, que, devem ser aplicadas em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso, e incidem sobre a colocação/isolamento de utentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Temos conhecimento das diretivas e procedimentos emitidos pelo grupo de coordenação local do PPCIRA do CHMS, antigamente chamada Comissão de Controlo de Infeção, assim como conhecimento das Enfermeiras que são elos de ligação, entre o SU onde exercemos funções e esta comissão. As atividades desenvolvidas pelo grupo incluem: supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos alerta; implementação de auditorias clínicas internas e garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes; promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental e promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programas de apoio à prescrição antibiótica (CHMS – Regulamento interno do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos, 2018).

Em relação ao meu local de trabalho, cada equipa tem um elemento de ligação ao grupo de coordenação local do PPCIRA e estes elementos, têm, entre outras atividades, o papel de elaborarem protocolos específicos para o SU no que respeita ao controle de infeção. Esses protocolos são do meu conhecimento, como é o caso do protocolo para o vírus Ébola, Protocolos para diversos isolamentos, Higienização das mãos, das superfícies de trabalho, entre outros.

Apesar de o SU ser um serviço com algumas especificidades, existir sobrelotação na maioria dos dias e a distância de segurança entre macas estar comprometida, é possível implementar algumas medidas de prevenção e controlo de infeção. Na nossa prática profissional consideramos sempre que os utentes estão potencialmente colonizados ou infetados com microrganismos e durante a nossa prestação de cuidados fazemos sempre uso de EPI, higienização das mãos, isolamento de doentes no espaço físico, damos indicações para limpeza e desinfeção de espaços e equipamentos, uso de técnica asséptica na realização de procedimentos que assim o requerem, assim como realização de sessões de educação para a saúde informais, quer para a família quer para outros profissionais.

Durante a realização do estágio final respeitei sempre as normas existentes na prestação de cuidados. Em contexto de UCI o controlo de infeção é um tema de destaque e conseguimos perceber algumas especificidades do Serviço, nomeadamente colheitas de vários produtos biológicos para exames microbiológicos a todos os utentes na admissão (duas hemoculturas, urocultura, zaragatoas, exsudado nasal e retal), são trocados todos os sistemas de soros ou perfusões na admissão do utente, higiene oral através do tubo orotraqueal pelo menos uma vez por turno com *Clorohexidina oral*; a troca de sistema de linha arterial é feita a cada 48 horas e de cateter venoso central a cada 72 horas.

Está implementado um sistema por cores para cada tipo de isolamento e excetuando as salas de isolamento por pressão negativa para isolamentos respiratórios, a UCI não tem salas específicas para isolamento, sendo aplicado o método barreira com a cortina fechada perante presença de microrganismos.

As UC lecionadas durante o mestrado, em especial EMC 5 contribuíram para atingir esta competência, onde foi realizado um trabalho sobre a Infeção do local cirúrgico.

Durante o nosso percurso profissional procuramos sempre aprofundar conhecimentos, participamos em formações em Serviço, nomeadamente “Precauções Básicas de Controlo de Infeção; Precauções Básicas de Vias de Transmissão e Coronavírus” (Anexo V) e “Uso de E.P.I.E em Unidades de Isolamento – Realidade do Covid 19” (Anexo VII).

Assim, consideramos que desenvolvemos as competências do domínio da monitorização e garantia da qualidade das práticas de cuidados de saúde e das competências de trabalho organizacional, definidas por Benner (Benner, 2001).

Com o nosso projeto de intervenção profissional, pensamos também contribuir para esta temática, uma vez que a utilização de ONAF reduz a taxa de infeção hospitalar e as complicações associadas com a ventilação invasiva.

Pra além da higiene das mãos e utilização de EPI's, é necessário proceder à limpeza e desinfeção do dispositivo, sempre que necessário e sempre que deixe de ser utilizado. O dispositivo sujo ou contaminado é uma potencial fonte de infeção, e a sua manutenção deve ser realizada quando necessário. Compete aos assistentes operacionais proceder à sua limpeza/desinfeção, contudo cabe ao enfermeiro estar desperto para esta temática.

CONCLUSÃO

O presente relatório consistiu num processo de reflexão sobre o percurso de formação ao nível do 2º ciclo de estudos, em especial o estágio final, pelo que se considera que o objetivo final foi atingido. Todo este percurso nos permitiu a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, assim como das competências de Mestre em Enfermagem, ao longo do percurso deste mestrado, isto é, ao longo das UC e no contexto de estágio final no cuidar da pessoa e família a viver processos complexos de doença em situação crítica e falência orgânica.

A prática e o desenvolvimento profissional, assim como a investigação, são deveres éticos e deontológicos dos enfermeiros e a procura pela atualização de conhecimento e desenvolvimento de competências deve ser uma preocupação, pois só assim se podem prestar cuidados diferenciados centrados nas necessidades do utente/família.

O tema do projeto de intervenção, orientado para a intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de ONAF, foi desafiante e motivado por querermos investir pessoalmente nesta área, por razões já anteriormente referidas. A metodologia utilizada foi metodologia de projeto, onde procuramos fundamentar a nossa ação no processo de investigação com base na evidencia recorrendo à *Scoping review* e permitiu-nos concluir que existe necessidade de aprofundar esta temática pois foram encontradas algumas limitações na atualidade da evidencia científica encontrada. Para suporte teórico do tema apropriamo-nos da teoria de enfermagem de Conforto de Kolcaba, uma vez que o conforto é uma das principais vantagens da ONAF e a garantia da sensação de conforto promove a adesão ao tratamento e por sua vez, a melhoria da condição subjacente, com vista à eficácia do tratamento. Para suporte da nossa análise reflexiva de competências apoiamo-nos na teoria de Benner por consideramos que se relaciona com desenvolvimento do nosso percurso.

Ao longo do estágio final desenvolvemos também um procedimento setorial, nomeadamente “Procedimento de Utilização de ONAF”, deixando assim um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem nesta área, que esperamos implementar no nosso local de trabalho e, posteriormente realizar uma norma de cuidados para instituir no CHMS. Com a elaboração deste projeto esperamos ter contribuído para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC.

A UCI é o local de excelência para tratar a pessoa com falência multiorgânica potencialmente reversível, onde é fundamental o papel do enfermeiro EEMC – PSC. O fato de termos oportunidade de prestar cuidados a doentes com situações complexas em dois contextos diferentes, permitiu – nos melhorar competências e adquirir novas. Os cuidados foram sempre prestados tendo em conta a família, que se torna um tema particularmente sensível tendo em conta a pandemia. Se nos for permitido escrever isto, achamos muito interessante a particularidade de receber a pessoa em situação crítica no nosso local de trabalho e posteriormente prestar-lhe cuidados no SCI.

Os objetivos deste relatório foram atingidos e culminam com o desenvolvimento e aquisições de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, das quais se destacam “*A Prevenção de complicações*” e “*A organização dos cuidados de Enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Como dificuldades deste percurso, salientamos a realização da *Scoping review*, pois sendo a ONAF uma temática recente fez com que a que a evidência científica encontrada não aborde a perspetiva dos enfermeiros nem a realidade portuguesa. O tempo de estágio foi também uma limitação, pela dificuldade em gerir turnos de estágio com os do meu local de trabalho, entre outras situações pessoais, contudo, todas as limitações que encontramos foram superadas fazendo deste um percurso formado com muita dedicação e empenho.

A realização deste mestrado e do presente relatório são um marco para o futuro, pois passa pelos nossos objetivos dar continuidade à concretização de um projeto de estágio e contribui quer para a prestação de cuidados de enfermagem especializada de qualidade quer para o nosso desenvolvimento enquanto Profissional e Pessoa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior. (s.d.). Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos Apresentação do pedido. Portugal. Obtido de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Assunção, G., & Fernandes, R. (2010). Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/272652897_Humanizacao_no_atendimento_ao_paciente_idoso_em_unidade_de_terapia_intensiva_analise_da_literatura_sobre_a_atuacao_do_profissional_de_saude
- Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2021). Ser estudante de enfermagem em tempos de COVID-19. *Escola Anna Nery* 25. doi:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0541>
- Barbosa, N., Cordeiro, B., Abrahão, A., Xavier, M., Carvalho, R., Silva, R., & Vieira, M. (2017). Educação em saúde: O uso da matriz SWOT para análise de projetos. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Obtido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/24625>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bravo, N. (2020). *O conforto do doente crítico no serviço de urgência*. Portalegre. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/33798>
- Bravo, N. (2020). O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/33798>
- Cestari, M. E. (2003). Padrões de Conhecimento da Enfermagem e Suas Implicações no Ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*.
- CHMS (2011) Descrição das Funções do Interlocutor da Qualidade
- CHMS (2017) Manual de Acolhimento de Novos Profissionais

CHMS (2017) Plano de Contingência Global

CHMS (2017) Regulamento Interno

CHMS (2018) Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem do SCI

CHMS (2018) Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem do SUG

CHMS (2018) Regulamento interno do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

CHMS (2018) Regulamento Interno Serviço Cuidados Intensivos

CHMS (2022) Descrição de Funções da EPVA

CHMS (2022) Política de Enfermagem

Costa, J. d. (2016). Métodos de prestação de cuidados. Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Viseu. Obtido de Métodos de prestação de cuidados: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>

Decreto-lei nº 27/2006 de 3 de julho. Diário da República, nº 126, 1ª série. Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2006-537862>

DGS. (2015). Cuidados respiratórios domiciliários. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222011-de-28092011-jpg.aspx>

DGS. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

DGS. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

DGS. (2017). Programa nacional para as doenças respiratórias. Portugal. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Doencas-Respiratorias-2012-2016.pdf>

- DGS. (2018). Norma 005/2018 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Portugal. Obtido de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- Dres, M., & Demouille, A. (2017). What every intensivist should know about using high-flow nasal oxygen for critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764549/>
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. doi:10.1016/j.medin.2014.01.005
- Faria, J., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*. Obtido de https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf
- Frias, A., & Lopes, H. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*(6). Obtido de http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie6_S2.pdf
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). ONDR 2020. Portugal. Obtido de <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
- Gilardi, E., Petrucci, M., Sabia, L., Sellasie, K., Grieco, D., & Pennisi, M. (2020). High-flow nasal cannula for body rewarming in hypothermia. *Critical Care*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228642/>
- Gomez, A., Prieto, A., & Herrera, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*. Obtido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100266
- Guo, P., Saab, N., Post, L., & Admiraal, W. (2020). A review of project-based learning in higher education: Student outcomes and measures. *International Journal of Educational Research*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883035519325704>
- Ischaki, E., Pantazopoulos, I., & Zakynthinos, S. (2017). Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *European Respiratory Rev*. Obtido de <https://err.ersjournals.com/content/26/145/170028>

- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*.
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and practice - A vision for holistic health care and research*. New York: Springer P.
- Lamb, D., Spilman, K., Oetting, W., Jackson, A., Trump, W., & Sahr, M. (2017). Proactive Use of High-Flow Nasal Cannula With Critically Ill Subjects. *Respiratory Care*. Obtido de <http://rc.rcjournal.com/content/63/3/259>
- Leeis, M., Flynn, E., Turgeon, A., Paunovic, B., Loewen, H., Rabbani, R., . . . Zarychanski, R. (2017). High-flow oxygen via nasal cannulae in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *Bio Med Central*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644261/>
- Lima, J., Guedes, M., da Silva, L., de Freitas, M., & Fialho, A. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. Fortaleza, Brasil. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5zvvpP5Kv5Xw9YtFfVYxCCj/?format=pdf&lang=pt>
- Mauri, T., Alban, L., Turrini, C., Cambiaghi, B., Carlsesso, E., Taccone, P., . . . Grasselli, G. (2017). Optimum support by high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure: effects of increasing flow rates. *Intensive Care Med*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28762180/>
- Mauri, T., Galazzi, A., Binda, F., Masciopinto, L., Corcione, N., Carlesso, E., . . . Grasselli, G. (2018). Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Critical Care*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29743098/>
- Mestrado em Enfermagem em Associação. (2021). *Planeamento da Unidade Curricular - Estágio Final*. Évora.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Portugal. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Portugal.

Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem -

Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Competências específicas do enfermeiro especialista em

enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Portugal. Obtido de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº 10/2017 - Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao

enfermeiro generalista, num Serviço de Urgência. Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia orientador de boa prática de reabilitação respiratória.

Portugal. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ortega, M., Cecagno, D., Llor, A., Siqueira, H., Montesinos, M., & Soler, L. (2015). Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NmxWWLPWbJLYzqxXRGPjmcy/?lang=pt&format=pdf>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Portugal. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Papazian, L., Corley, A., Hess, D., Fraser, J., Frat, J., Guitton, C., . . . Azoulay, E. (2016). Use of high-flow nasal cannula oxygenation in ICU adults: a narrative review. *Intensive Care Med*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969671/>

Pires, P., Marques, C., & Masip, J. (2018). Cânulas nasais de alto fluxo: Uma alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. Lisboa. Obtido de https://www.spmi.pt/revista/vol25/vol25_n2_2018_123_133.pdf

Ponte, K. M., & da Silva, L. d. (2015). Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614

Ponte, K., Bastos, F., Sousa, J., Fontenele, M., & Aragão, O. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental*. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/334154424_Comfort_requirements_of_patients_assisted_by_the_urgency_and_emergency_service_implications_for_the_nursing_profession_Necessidades_de_conforto_de_pacientes_atendidos_no_servico_de_urgencia_e_emergenc

Queirós, P. (2014). Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/Q3ShQDKzd8X3JjwYCsCc7WF/?format=pdf&lang=pt>

Regulamento nº 101/2015 de 10 de março. Diário da República, nº 48, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série. Universidade de Lisboa - Instituto Superior Técnico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/429-2018-114481902>

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República, nº 184, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Renda, T., Corrado, A., Iskandar, G., Pelaia, G., Abdalla, K., & Navalesi, P. (2018). High-flow nasal oxygen therapy in intensive care and anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29397127/>

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos: Publicações da área disciplinar de enfermagem* (15). Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, R. C. (2019). A pessoa com insuficiência respiratória em contexto de internamento. Funchal, Portugal. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32559/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado_Roberto%20Santos.pdf

Scott, J. B. (2020). High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Adult Acute Care. *Relias Media*. Obtido de <https://www.reliasmedia.com/articles/146419-high-flow-nasal-cannula-oxygen-therapy-in-adult-acute-care>

Siela, D., & Kidd, M. (2017). Oxygen Requirements for Acutely and Critically Ill Patients. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28765355/>

Slatyer, S., Williams, A., & Michael, R. (2015). Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25035166/>

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelo e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Vaz, C., Rosário, E., & Silva, I. (2011). Pareceres - Reflectir o agir - Análise complexa de um caso. *Percursos*(21). Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n21.pdf

Apêndices

Apêndice I – Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo:
Scoping Review

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo: *Scoping Review*

Docente:

Prof. Hugo Franco

Discente:

Ana Nunes 47792

Évora, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo: *Scoping Review*

Docente:

Prof. Hugo Franco

Discente:

Ana Nunes 47792

Évora, 2021

Resumo

A administração de oxigénio é o tratamento de primeira linha para a Insuficiência Respiratória Aguda. Em alternativa à oxigenoterapia convencional, existe a Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF). É algo relativamente recente sendo uma técnica cada vez mais utilizada no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) que apesar de outras aplicabilidades, tem aumentado o seu uso no tratamento à pessoa em situação crítica com Insuficiência Respiratória Hipoxémica.

Os seus benefícios são evidentes e a sua aplicação está associada a uma melhor tolerância e conforto por parte dos doentes.

Realizou-se uma *Scoping review*, com recurso às bases de dados da EBSCO, Scielo e Pubmed, com pesquisa alargada no *Google Académico* após formulada a questão de investigação com base na metodologia PCC. No fim da aplicação dos critérios de inclusão/exclusão foram obtidos um total de seis artigos.

A Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo é considerada a primeira linha de tratamento na pessoa com Insuficiência Respiratória Hipoxémica promovendo uma oxigenação mais eficaz, melhorando os sinais de dificuldade respiratória e a sensação de conforto. Contudo, ainda são recentes os dados relativos à sua utilização e esta deverá ser ajustada de forma individualizada, de forma que os resultados sejam os melhores possíveis.

Abstract

Oxygen administration is the first-line treatment for Acute Respiratory Failure. As an alternative to the conventional oxygen therapy, there is High Flow Nasal Oxygen Therapy (HFNO). It is something relatively recent, being a technique increasingly used in Intensive Care Unit (ICU) context that, despite other applicability, has increased its use in the treatment of the person in a critical situation with Hypoxemic Respiratory Failure.

Its benefits are evident and its application is associated with better tolerance and comfort on patients.

A Scoping review was carried out, using the EBSCO, Scielo and Pubmed databases, with an extended search on Google Scholar after the research question was

formulated based on the PCC methodology. After applying the inclusion/exclusion criteria, a total of six articles were obtained.

High Flow Nasal Oxygen Therapy is considered the first line of treatment for people with Hypoxemic Respiratory Failure, promoting more effective oxygenation, improving signs of respiratory distress and the feeling of comfort. However, data on its use are still recent and it should be individually adjusted, to achieve the best possible results.

Apêndice II – Análise SWOT

Ambiente interno	Fatores positivos	Fatores negativos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de intervenção validada pela enfermeira coordenadora e restante equipa de enfermagem; ▪ Motivação da equipa de enfermagem para novos projetos; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tema sensível e pertinente no SCI; ▪ Relacionado com segurança e qualidade do utente e também do profissional de saúde; ▪ Melhoria da prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistência à mudança por alguns elementos da equipa; ▪ Equipa de enfermagem desmotivada para novos projetos por sobrecarga de trabalho devido ao contexto pandémico.
Ambiente externo	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de capacitação da equipa sobre a temática; ▪ Possibilidade de redução dos custos económicos ▪ ao reduzir complicações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjuntura políticas atuais, podem comprometer orçamentos e recurso humanos disponíveis; ▪ Protocolos e procedimentos, que podem acrescer nos cuidados, irrealista face ao rácio de enfermeiro/pessoa; ▪ Tempo de resposta para aprovação do projeto.

Apêndice III – Procedimento Setorial

	<p><i>Procedimento de Utilização de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo – “Modelo AirVo™”</i></p> <p><i>Serviço de Cuidados Intensivos</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Instituir uma política uniforme dos cuidados de Enfermagem na aplicação de ONAF (Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo), tendo por base a evidência que consta na literatura à data da sua realização.

Este procedimento tem como objetivo normalizar a utilização e a manutenção do dispositivo – Modelo Airvo™.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

ONAF – Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

L/min – Litros por minuto

PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

4. Referências

- CHKS – *Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critérios 52.15*
- Dres, M., & Demoule, A. (2017). O que todo o intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 29(4). Brasil. DOI:10.5935/0103507X.20170060

- <https://www.fphcare.com/pt-br/>
- Ischaki, E., Pantazopoulos I., & Zakyntinos, S. (2017). Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *Eur Respir Ver.* DOI:10.1183/16000617.0028-2017
- Pires, P., Marques, C, Masip, J.(2018). Canulas Nasais de Alto Fluxo: Uma alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Revista spmi.pt.* Vol25 no.2.. Lisboa. DOI: 10.24950/rspmi/revisap/240/72/72018
- Mauri, T., Galazzi, A. *et al.*(2018). Impact of flow and temperature on patient Comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Critical Care.*(2018)22:120. DOI: 10.1186/S13054-018-2039-4
- Mauri, T., Alban, L., *et al.* (2017). Optimum support by high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure: effects of increasing flow rates. *Intensive Care Med*(2017)43.
- Slain, K., Shein, S., Rotta, A. (2017) – The Use of High-Flow Nasal Cannula in the Pediatric Emergency Department. Vol.93, Num. S1, [36-45] DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.06.006

5. Responsabilidades

Diretor e Enfermeiro Gestor da UCI: Pela sua validação e divulgação;

Enfermeiros da UCI: Colaboração na execução da aplicação de ONAF;

Médicos da UCI: Prescrição da técnica.

6. Procedimento

A oxigenoterapia nasal de alto fluxo representa um importante avanço para a Pessoa com Insuficiência Respiratória Aguda. Trata-se de uma técnica que permite fornecer oxigénio aquecido e humidificado com um fluxo máximo de 60L/min (Litros por minuto) e com uma fração inspirada de oxigénio (FiO₂) ajustável ao mínimo de 21% até ao máximo de 100% (Dres, M. & Demoule, A., 2017).

No doente com Insuficiência Respiratória Aguda, deve iniciar-se a técnica com fluxos mais baixos e aumentando gradualmente (permitindo uma adaptação aos altos fluxos fornecidos) até ao máximo tolerado,

estabelecendo-se paralelamente o FiO₂ que se pretende atingir. Nesta fase, o doente deve ser estritamente monitorizado, avaliando a resposta clínica à técnica e permitindo a titulação do fluxo e do FiO₂. Após estabilização clínica, o desmame deve iniciar-se com a diminuição do FiO₂ e, só depois, do fluxo. Trata-se de uma técnica de fácil aplicação, com rápida curva de aprendizagem para os profissionais de saúde envolvidos. (Pires, P., Marques, C. & Masip, J., 2018).

O benefício da oxigenoterapia nasal de alto fluxo é demonstrado em vários estudos, em detrimento de outras formas de administração de oxigénio, por permitir um maior controlo sobre a FiO₂, pela dissolução do CO₂, pela pressão positiva gerada nas vias aéreas e pela humidificação eficaz do oxigénio administrado (Ischaki, E., Pantazopoulos, I. & Zakynthinos, S., 2017).

Os resultados do estudo que avaliou o impacto do fluxo e da temperatura no conforto da pessoa submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, demonstrou que estas referiram melhor conforto com uma temperatura de 31° e um fluxo de 30L/min (grupo cujo FiO₂ <45%). Contudo, em situações mais graves com FiO₂ >45%, os resultados demonstraram maior conforto para o doente quando estabelecida uma temperatura de 31° e fluxo de 60L/min (Mauri, T., *et al.*, 2018).

No estudo levado a cabo para avaliar o efeito do aumento de fluxo administrado no doente com insuficiência respiratória aguda, constatou-se que o aumento do fluxo administrado levou a uma diminuição do trabalho respiratório, melhorou a oxigenação e a compliance dinâmica (Mauri, T., *et al.*, 2017).

6.1 Quem executa o procedimento:

- O Enfermeiro pela montagem do circuito e aplicação da técnica; -
- O Médico pela prescrição dos parâmetros.

6.2 O circuito da oxigenoterapia nasal de alto fluxo constitui-se por (Anexo 1):

- 6.2.1 Fonte pressurizada de oxigénio com misturador de ar, que permita definir o fluxo e a fração inspiratória de oxigénio (FiO₂) fornecida;

6.2.2 Um reservatório de água esterilizada conectado a um aquecedor e

humidificador;

6.2.3 Tubuladuras específicas da técnica (diâmetro mais largo); que permitem, em conjunto, fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos bem superiores aos da oxigenoterapia convencional.

6.2.4 Uma interface (cânula, adaptador a máscara ou a traqueostomia) não oclusiva.

6.3 Cuidados de Enfermagem:

6.3.1 Vigilância da operacionalidade do equipamento (preparar equipamento e verificar a sua operacionalidade);

6.3.2 Explicar o procedimento ao doente;

6.3.3 Iniciar ONAF , com parâmetros ajustados à situação do doente;

6.3.4 Monitorização de parâmetros;

6.3.5 Vigilância de alterações e complicações – lesões cavidade nasal, epistáxis, etc;

6.3.6 Ajuste de parâmetros, de acordo com os resultados gasimétricos obtidos;

6.3.7 Registo de procedimento e vigilâncias no processo de enfermagem

6.4 Contraindicações:

6.4.1. Obstrução nasal severa;

6.4.2. Epistáxis;

6.4.3. Trauma ou cirurgia nasal

6.5 Limpeza/Desinfecção

Compete aos assistentes operacionais proceder à limpeza do dispositivo sempre que necessário e sempre que deixa de ser utilizado – a limpeza deve ser feita com o dispositivo desligado da corrente. O circuito respiratório, o reservatório e o balão de água são desperdiçados para o lixo branco. Deve se limpar o conetor de saída em ambas as extremidades utilizando uma esponja de limpeza ou toalhita descartável com álcool a 70º, limpar a superfície externa.

Conectar o circuito vermelho de desinfecção ao AIRVO™ e seguir as indicações dadas pelo dispositivo.

Ação de Enfermagem:	Justificação:
1 Validar critérios de aplicabilidade da ONAF;	1 Otimizar o melhor outcome para a Pessoa;
2 Validar a ausência de critérios de exclusão;	2 Otimizar resposta às necessidades da Pessoa;
3 Proceder à lavagem higiene das mãos;	3 Prevenir infeções cruzadas/nosocomiais;
4 Preparar o equipamento, confirmando a sua operacionalidade;	4 Poupar tempo e prevenir complicações;
5 Explicar o procedimento à Pessoa;	5 Diminuir a ansiedade. Obter colaboração;
6 Explicar as vantagens da técnica à Pessoa;	6 Promover a adesão ao tratamento;
7 Definir parâmetros iniciais (temperatura; FiO ₂ ; Fluxo);	7 Ajustar o tratamento à situação clínica da Pessoa;
8 Instituir ONAF;	8 Corrigir Insuficiência Respiratória;
9 Monitorizar parâmetros;	9 Verificar resposta da Pessoa ao tratamento (FR; PaO ₂ ; PaCO ₂ : FiO ₂);
10 Titular parâmetros: FiO ₂ ; Fluxo;	10 Adequar ONAF às necessidades da Pessoa.
11 Avaliar adesão à técnica	11 Prevenir complicações que afetem a adesão ao tratamento (alterações da mucosa; desconforto).
12 Elaborar registos em processo de Enfermagem (Data e hora de início; Intercorrências; temperatura; FiO ₂ ; Fluxo)	12 Inviabilizar a perda de informação da evolução da resposta da Pessoa ao tratamento.

6.6 Registos de Enfermagem no SClínico (presente projeto enquadra-se nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Prevenção de Complicações”)

6.6.1. Atitude Terapêutica – Oxigenoterapia (ONAF)

A – Preparar Oxigenoterapia (especificar ONAF)

B – Instruir sobre Oxigenoterapia (especificar ONAF)

C – Gerir Oxigenoterapia (especificar: ONAF)

6.6.2. Diagnósticos de Enfermagem – Ventilação Comprometida

A – Assistir a pessoa a otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios (especificar: ONAF)

B – Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória (especificar:

ONAF)

C – Vigiar respiração (especificar: ONAF)

6.6.3. Diagnóstico de Enfermagem – Trocas gasosas comprometidas

A - Monitorizar Sinais vitais com Monitor cardíaco;

B - Monitorizar o status respiratório através de gasometria sempre que necessário;

C – Vigiar ventilação;

D - Vigiar adaptação ao dispositivo;

E - Posicionar o doente (Prone) na cama.

6.7. Indicadores de qualidade:

6.7.1. Taxa de Prevenção de Complicações no Processo Respiratório [de pessoa em ONAF] =

$$\frac{\text{Nº de pessoas com Processo respiratório efetivo}}{\text{Nº de Pessoas com Risco de Processo respiratório comprometido}} \times 100$$

7. Anexos

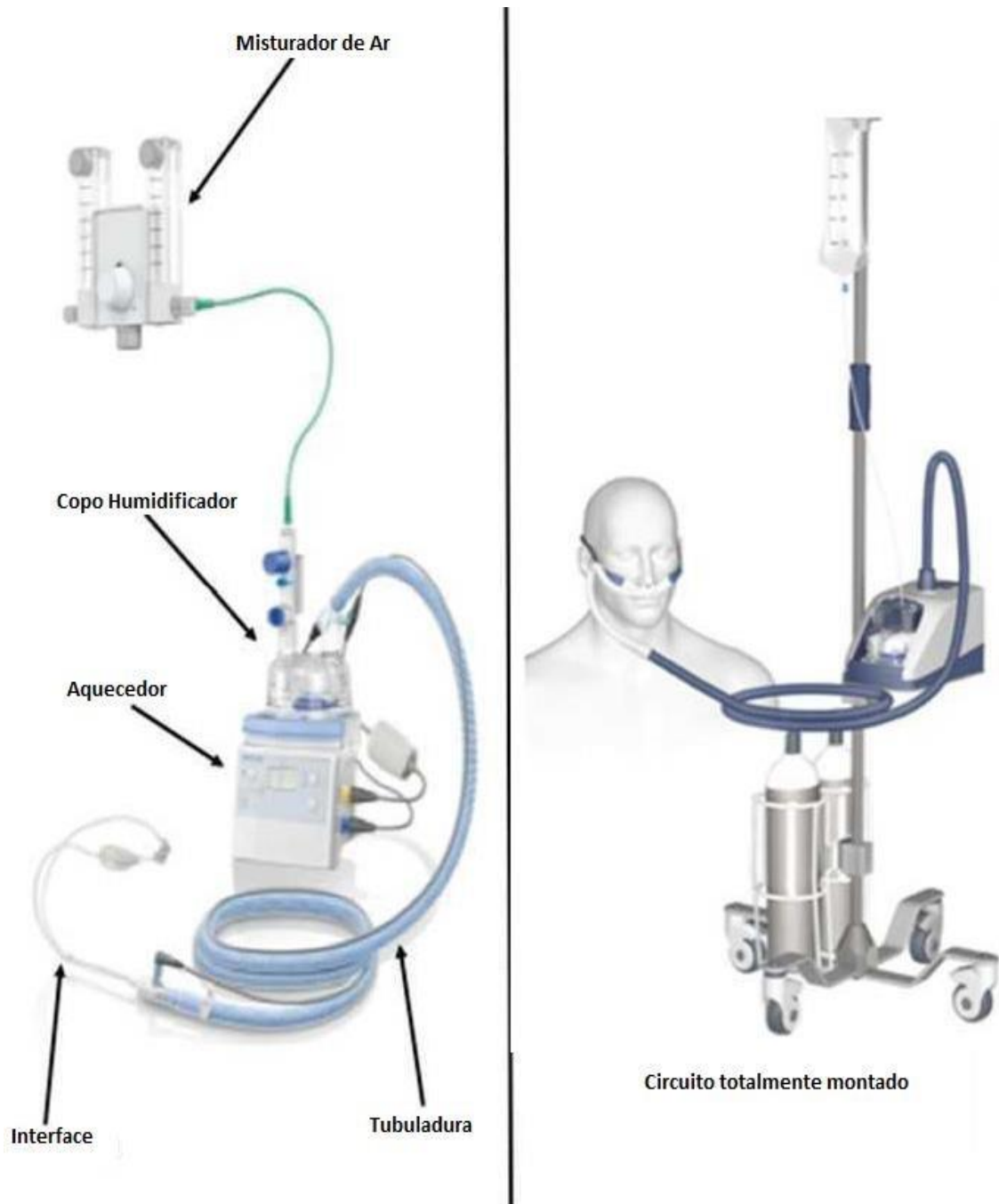


Fig. 1 – Montagem do Circuito

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	<i>Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos</i>	Data da próxima revisão:
---------------------	--	---------------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	<p>- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional</p> <p>Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional</p> <p>- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)</p>	Data:
Ratificado por:	<i>Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma</i>	Data:

Apêndice IV – Proposta de Projeto de Intervenção Profissional



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Relatório de Estágio - Cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica com necessidade de oxigeno terapia de alto fluxo

Docente:

Prof. Hugo Franco

Enfermeira Orientadora:

Enf. Especialista em EMC-PSC

Discente:

Ana Nunes 47792

Évora, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



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

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Relatório de Estágio - Cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica com necessidade de oxigeno terapia de alto fluxo

Docente:

Prof. Hugo Franco

Enfermeira Orientadora:

Enf. Especialista em EMC-PSC

Discente:

Ana Nunes 47792

Évora, 2021

Página | CVII

Resumo

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na 5ª edição, sob a responsabilidade da Universidade de Évora, foi proposta a elaboração de um projeto de estágio. É assim apresentado o projeto “Cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação crítica com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo”, que será desenvolvido durante o período de estágio que decorrerá no período de 13 de Setembro de 2021 a 28 de Fevereiro de 2022. Este estágio irá ser realizado na Unidade de Cuidados Intensivos do CHMS e irá decorrer sob orientação científica do docente Hugo Franco e orientação clínica da Enfermeira Especialista em EMC-PSC.

A patologia respiratória é uma das complicações mais frequentes em Unidades de Cuidados Intensivos e uma das opções do seu tratamento passa pela oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Além de relativamente recente, é cada vez mais utilizada, apresentando múltiplas aplicabilidades e cujos benefícios para os doentes são evidentes. A sua aplicação está associada a uma melhor tolerância por parte dos doentes quando comparada por exemplo com a ventilação mecânica não invasiva, bem como permite melhores resultados quanto comparada com outros dispositivos de oxigenoterapia.

Este projeto de intervenção visa a conceção de uma norma de procedimento de oxigenoterapia nasal de alto fluxo, a ser aplicado à pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos do CHMS.

Para o desenvolvimento deste projeto está inerente a metodologia de projeto com as etapas implícitas, designadamente: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

O Projeto de Intervenção Profissional tem como objetivo geral “Contribuir para uma prestação de cuidados segura e de qualidade ao doente em situação crítica na UCI submetido a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, com a elaboração de uma norma de procedimento”.

Como objetivos específicos:

- Criar proposta de uma norma de procedimento de atuação de oxigenoterapia nasal de alto fluxo;
- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre os cuidados a prestar ao doente em situação crítica submetido a oxigenoterapia nasal de alto fluxo através da construção da norma de procedimento;

- Elaboração de um póster sobre a temática.

Como anteriormente referido, o desenvolvimento deste projeto de intervenção considera o recurso à metodologia de projeto. De forma sucinta a esta metodologia está implícita a identificação de uma necessidade, a implementação de estratégias e intervenções para solucionar a necessidade encontrada.

Para a realização deste projeto foram estabelecidas atividades a desenvolver que podem ser consultadas no cronograma de atividades. Resumidamente estas atividades passam por: revisão scoping da literatura; elaboração da norma de procedimento de oxigenoterapia nasal de alto fluxo; reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora para validação da norma de procedimento; apresentação da norma de procedimento de oxigenoterapia nasal de alto fluxo à equipa multidisciplinar.

Com este projeto pretendo contribuir para a melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica submetida a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, validar a intervenção do enfermeiro enquanto elemento fundamental na instituição, otimização, suspensão da técnica e monitorização do doente através da proposta de norma de procedimento, criar instrumentos que tenham aplicação futura na Unidade e promover a formação da equipa de enfermagem na área.

A avaliação do projeto será realizada através da análise contínua dos objetivos definidos e da apresentação da proposta da norma de procedimento e do poster à equipa de enfermagem.

Cronograma de Atividades

Data	Mês / Ano						
	Set/21	Out/21	Nov/21	Dez/21	Jan/22	Fev/22	Mar/22
Atividades							
Estágio Final	■	■	■	■	■		
Diagnóstico da Situação	■						
Realização e entrega do Projeto de Estágio		■	■				
Entrega da proposta do PIP à Universidade de Évora			■				
Desenvolvimento / Realização do PIP			■	■	■		
Elaboração do póster / manual / panfleto			■	■			
Entrega do PIP			■	■	■		
Realização do artigo científico			■	■	■		
Elaboração da proposta da norma de procedimento de enfermagem (ONAF)			■	■	■		
Aquisição de competências comuns e específicas	■	■	■	■	■	■	■
Redação e entrega do relatório de estágio						■	■
Participação em Congressos / Formação			■				

Apêndice V – Artigo Científico



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Insuficiência Respiratória Aguda: uma *Scoping Review*

High Flow Nasal Oxygen Therapy in Acute Respiratory Failure: A Scoping Review

Terapia de oxígeno nasal de alto flujo en insuficiencia respiratoria aguda: una revisión de alcance

Resumo

Enquadramento: A administração de oxigénio é o tratamento de primeira linha para a Insuficiência Respiratória Aguda (IRA). Em alternativa à oxigenoterapia convencional, existe a Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF). É uma técnica cada vez mais utilizada, mas são recentes os dados relativos à sua utilização. Objetivo: Explorar e mapear a evidencia científica disponível sobre a utilização da ONAF no tratamento da pessoa em situação crítica, nomeadamente com IRA, nos adultos, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Metodologia realizada: *Scoping review* segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)* (2014). Pesquisa com recurso às bases de dados da EBSCO, Scielo e Pubmed, com pesquisa alargada no *Google Académico e RCAAP*, em português, inglês e espanhol, em novembro de 2021. **Resultados:** Incluídos seis artigos de revisão, os quais destacam que a ONAF tem como vantagens o conforto e a tolerância resultando numa boa adaptação por parte da pessoa, permitindo fornecer altas concentrações de oxigénio aquecido e humidificado, melhorando a eficácia da ventilação e oxigenação. Conclusão: A ONAF é uma técnica recente que apresenta diversas vantagens no tratamento de doentes críticos com IRA, começando a ser utilizada em vários contextos clínicos, contudo são necessários mais estudos primários que traduzam a realidade portuguesa.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo; Pessoa em Situação Crítica.

Abstract

Framework: Oxygen administration is the first-line treatment for Acute Respiratory Failure (ARI). As an alternative to conventional oxygen therapy, there is High Flow Nasal Oxygen Therapy (HFNO). It is an increasingly used technique, but data on its use are recent. Objective: To explore and map the available scientific evidence on the use of HFNO in the treatment of people in a

critical situation, namely with ARI, in adults, in the context of an Intensive Care Unit. Methodology: Scoping review according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. A search was carried out using the EBSCO, Scielo and Pubmed databases, with an extended search on Google Scholar, in Portuguese, English and Spanish, in November 2021. Results: Six review articles were included, which highlight the fact that the HFNO has the advantages of comfort and tolerance, resulting in a good adaptation by the patient, allowing the supply of high concentrations of heated and humidified oxygen, improving the efficiency of ventilation and oxygenation. Conclusion: HFNC is a recent technique that has several advantages in the treatment of critically ill patients with ARI, starting to be used in several clinical contexts, however, more studies are needed to reflect the Portuguese reality.

Key-words: Nursing Care; High Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy; Critically ill patient.

Apêndice VI – Póster “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo”



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

Ana Nunes – Enfermeira do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) é uma técnica recente de fornecimento de O₂ constituindo uma alternativa à oxigenoterapia convencional cujo fluxo de oxigénio gerado vai até 15L/min. Baseia-se em quatro componentes essenciais: Uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar (que permite definir o fluxo e a FiO₂ fornecido), um humidificador, um circuito inspiratório aquecido (a 37°C) e cânulas nasais específicas cujo diâmetro é maior face às cânulas nasais comuns, permitindo assim fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos superiores aos da oxigenoterapia convencional. Este circuito irá assim permitir que se atinja um fluxo máximo de 60L/min., com uma FiO₂ ajustável desde 21% até aos 100% de forma não invasiva.

Objetivos: Mapear evidência científica disponível acerca da utilização de oxigenoterapia nasal de alto fluxo em doentes críticos com IRA.

Metodologia: Scoping review com a questão de investigação “Quais as evidências disponíveis acerca da utilização da ONAF em doentes críticos com IRA?” através das plataformas eletrónicas EBSCO, Scielo, Pubmed e pesquisa alargada no Google Académico.

Resultados e discussão: Seis artigos que cumpriram critério para análise.

Artigos	Principais considerações
Proactive use of High-flow Nasal Cannula with critically ill Subjects	Vantagens: <ul style="list-style-type: none"> Conforto e tolerância com boa adaptação por parte da pessoa; Poucos efeitos secundários; Permite uma comunicação eficaz e a via oral disponível; Fornecimento de altas concentrações de O₂ aquecido e humidificado, de forma constante, favorecendo uma PEEP nas vias aéreas, melhorando a eficácia da ventilação, oxigenação e controlo da frequência respiratória; Melhor gestão dos recursos humanos e materiais, sendo mais fácil de aplicar e gerir, quando comparada com outras técnicas de oxigenoterapia. Quando associado ao decúbito ventral, pode reduzir a necessidade de EOT, consequentes complicações associadas à VMI e diminuição da taxa de mortalidade. Contraindicações: <ul style="list-style-type: none"> Obstrução nasal severa; Epistaxis; Trauma ou cirurgia nasal.
Optimum support by high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure: effects of increasing flow rates	
Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula	
Cânulas Nasais de Alto fluxo: Uma alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda	
Factors Associated with failure of High-flow Nasal Cannula	
Nasal high-flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device	

Cuidados de Enfermagem:

- Vigiar a operacionalidade do equipamento;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Iniciar ONAF com parâmetros adequados;
- Monitorizar e ajustar parâmetros;
- Vigiar alterações e complicações;
- Registar o procedimento no processo de enfermagem.

Referências bibliográficas:

Baker, K., Greaves, T. et Fraser, J. (2019). How to use humidified high-flow nasal cannula in breathless adults in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. DOI: 10.1111/1742-6723.13372

DSS (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários. Lisboa. <https://nccs.pt/oxigenoterapia-domiciliaria/>

Dres, M., & Demoule, A. (2017). What every intensivist should know about using high-flow nasal oxygen for critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(4), 399–403. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170060>

Gilardi, E., Petrucci, M. Sabia, L. et al (2020). High-flow nasal cannula for body rewarming in hypothermia. *Critical Care*, 24:122. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2839-1>

Ischaki, E., Pantazopoulos, I., & Zakynthinos, S. (2017). Nasal high flow therapy: A novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *European Respiratory Rev*. (26). DOI:10.1183/16000617.0028-2017

Joanna Briggs Institute (2014) https://bjiglobal/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

Lamb, K. D., Spilman, S. C., Detting, T. W., Jackson, J. A., Trump, M. W., & Sahr, S. M. (2017). Proactive Use of High-Flow Nasal Cannula With Critically Ill Subjects. *Respiratory Care*. DOI: .org/10.4187/respcare.05793

Leéis, M., Flynn, E. Tugeon, A. et al (2017). High-flow oxygen via nasal cannula in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *Bio Med Central*. 6:202. DOI: 10.1186/s13643-017-0593-5

Mauri, T., Alban, L., et al. (2017). Optimum support by high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure: effects of increasing flow rates. *Intensive Care Med*.43.DOI: 10.1007/s00134-017-4890-1

Mauri, T., Galazzi, A. Et al.(2018). Impact of flow and temperature on patient Comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Critical Care*. 22:120. DOI: 10.1186/s13054-018-2039-4

Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Outubro, 2010. Portugal.

Peters, MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P., Parker D., Soares, CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015; 13(8): 141 – 6

Pires, P., Marques, C, Masip, J.(2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Revista spmi.pt*. Vol25 no.2. Lisboa. DOI: 10.24950/spmi/revista/240/72038

Kim, S., Kim, S., Kim, Y., et al (2020). Factors Associated with failure of high-flow nasal cannula. *Respiratory Care*. 65:9.

Scott, J. B. (2020). Highflow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Adult Acute Care. *Resilias Media*, Articles/146419

Siehl, D., & Kidd, M. (2017). Oxygen Requirements for Acutely and Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 37(4), 58–70. DOI: 10.4037/ccn2017627

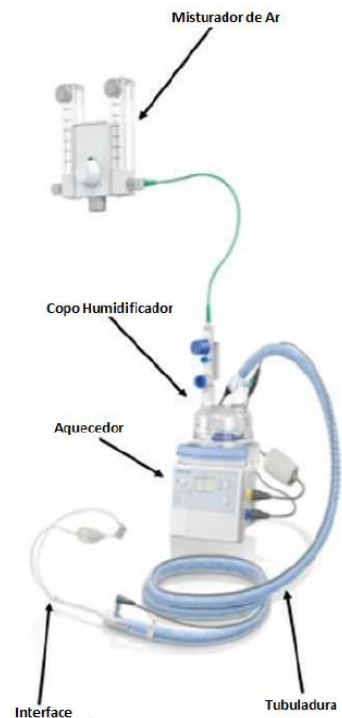


Figura 1 – Montagem do circuito

Apêndice VII – Plano de Projeto de Estágio



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

Plano de Projeto de Estágio

Docente:

Prof. Hugo Franco

Enf^a Orientadora: Enf^a Especialista em EMC-PSC

Discente:

Ana Nunes 47792

Évora, 2021

Página | CXVII



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO - CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

Plano de Projeto de Estágio

Docente:

Prof. Hugo Franco

Enfª Orientadora: Enfª Especialista em EMC-PSC

Discente:

Ana Nunes, nº47792

Évora, 2021

Competências

Competências comuns		
A.		
Competência	Unidades de competência	Intervenções
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. Descritivo <i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i>	A1.1 — Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a ética e o código deontológico; • Fundamentar as intervenções em princípios éticos; • Participar de forma ativa na tomada de decisão da equipa; • Planear as intervenções de enfermagem com base em valores, crenças e desejos da pessoa/família, avaliando e refletindo sobre o seu resultado; • Mobilizar conhecimentos lecionados em UC do mestrado; • Analisar situações de ONR na pessoa em UCI; • Analisar situações de suspensão de VI na pessoa em UCI
	A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	
	A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	
A2 — Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Descritivo <i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i>	A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o código deontológico; • Respeitar direitos, valores e culturas; • Garantir o sigilo profissional; • Manter a privacidade da pessoa; • Garantir a dignidade da pessoa em todos os momentos da intervenção profissional; • Atuar de forma preventiva de complicações; • Conhecer a estrutura e equipamentos existentes para garantir a segurança e privacidade da pessoa e/ou família • Responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa e/ou família
	A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	

B.		
<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><i>Descritivo</i> Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.</p>	<p>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Conhecer os protocolos do serviço; • Cumprir os protocolos do serviço; • Observar a gestão efetuada pelo enfermeiro orientador; • Observar a gestão de serviço efetuada pela coordenadora do serviço; • Refletir acerca das aprendizagens
	<p>B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p>	
<p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p><i>Descritivo</i> Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.</p>	<p>B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a forma de atuação da equipa na abordagem e prestação de cuidados à pessoa e/ou família a vivenciar processo de doença crítica e/ou falência multiorgânica; • Conhecer os protocolos existentes; • Cumprir os protocolos existentes; • Participar na definição de indicadores para avaliar a qualidade; • Utilizar indicadores para avaliar a qualidade; • Realizar linhas orientadoras no âmbito do projeto de intervenção; • Refletir acerca das ações realizadas.
	<p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p>	
	<p>B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.</p>	
<p>B3 — Mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><i>Descritivo</i> Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a</p>	<p>B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Promover uma relação de confiança, segurança e empatia com a pessoa e/ou família; • Avaliar as necessidades da pessoa e/ou família, promovendo a sua participação ativa; • Envolver a família na prestação de cuidados e tendo em atenção os princípios éticos; • Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e/ou família, através dos diversos mecanismos lecionados;
	<p>B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	

<p><i>envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura e equipamentos existentes para garantir a segurança e privacidade da pessoa e/ou família; • Identificar situações de risco real ou potencial para a pessoa ou profissionais do Serviço; • Corrigir situações de risco real ou potencial para a pessoa ou profissionais do Serviço
<p>C.</p>		
<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i></p>	<p>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Observar a gestão de serviço efetuada pela coordenadora do serviço; • Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados; • Colaborar nas decisões da equipa; • Reconhecer as intervenções de todos os elementos da equipa multidisciplinar.
<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</i></p>	<p>C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Identificar fatores que possam prejudicar a relação da equipa; • Participar na gestão da equipa efetuada pelo enfermeiro supervisor, como distribuição de doentes; • Observar a gestão de serviço efetuada pela coordenadora do serviço; • Participar nas diversas tomadas de decisão do orientador e coordenadora de serviço perante diferentes situações; • Gerir recursos humanos, materiais e físicos de forma eficaz e eficiente, na prestação de cuidados; • Definir prioridades adequadamente.
<p>D.</p>		

<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</i></p>	<p>D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Refletir acerca da prática, dos meus limites pessoais e da percepção das minhas capacidades; • Reconhecer antecipadamente perante uma situação de conflito; • Atuar antecipadamente perante uma situação de conflito; • Utilizar técnicas adequadas para a resolução de conflito; • Atuar eficazmente perante situações de elevada pressão e/ou stresse; • Integrar a equipa multiprofissional.
<p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.</i></p>	<p>D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</p>	
	<p>D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Incentivar mudanças na praxis de acordo com a evidência científica existente; • Participar em ações de formação ou outros momentos formativos quer no Serviço, quer a nível Institucional (ações de formação, palestras,...) • Efetuar pesquisas acerca dos temas em que existe défice de conhecimento, como medição da pressão intra-abdominal ou manipulação de cateter de PICCO, entre outras; • Participar em várias intervenções técnicas de enfermagem, para melhorar a sua aprendizagem e destreza; • Fazer pesquisa e atualização contínua tendo por base as últimas evidências no que concerne à atuação perante o doente crítico; • Demonstrar conhecimentos diferenciados acerca do doente crítico; • Tomar iniciativa para participar e analisar situações clínicas complexas, como SAV. • . • Desenvolver estratégias de difusão da evidência científica na melhoria da qualidade dos cuidados em UCI através da apresentação dos resultados da revisão scoping no Nursing Journal Club
	<p>D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>	
	<p>D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	

Competências específicas		
<p>1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p> <p><i>Descritivo</i> Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</p>	<p>1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Fazer pesquisas bibliográficas acerca de diversas patologias, medicação, estratégias de ação e intervenções; • Conhecer a dinâmica e rotina da UCI; • Conhecer os protocolos existentes; • Aplicar os protocolos existentes; • Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica; • Identificar possíveis focos de instabilidade e atuar na sua prevenção e/ou resolução; • Realização de um projeto de Intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos com a temática: “Oxigenoterapia nasal de Alto Fluxo; • Desenvolver NP Institucional sobre ONAF na Pessoa em UCI; • Estabelecer planos de cuidados, sua implementação, vigilância e monitorização; • Realizar plano de cuidados avançado para discussão com Enfermeira Orientadora e professor de referência; • Realizar plano de cuidados avançado para discussão com professor de referência e Enfermeira Orientadora;
	<p>1.2. — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p>	
	<p>1.3. — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p>	
	<p>1.4. — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p>	

	<p>1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos acerca de todos os cuidados prestados na UCI, como cuidados à pessoa ventilada mecanicamente, entre outros; • Utilizar uma relação terapêutica eficaz com a pessoa e/ou família, através das diversas técnicas lecionadas; • Identificar a forma mais adequada de avaliação da dor; • Utilizar a forma mais adequada da avaliação da dor; • Estabelecer medidas farmacológicas e não farmacológicas, como posicionamento, ou visita de pessoa significativa no alívio da dor e mau estar; • Atuar em situações de emergências, de forma correta e conforme as últimas diretrizes para esse evento; • Participar na prestação de cuidados emergentes e geradores de pressão como o SAV.
	<p>1.6 —Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	
<p>2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.</i></p>	<p>2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.</p> <p>2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe.</p> <p>2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os planos de emergência, institucional e de Serviço; • Conhecer a disposição do material específico para utilização em situações de catástrofe; • Atuar conforme protocolos existentes, de forma que os cuidados sejam mais eficientes em situação de emergência multivítima ou catástrofe; • Possuir capacidade de atuar de forma organizada e calma, triando prioridades.

<p>3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p> <p><i>Descritivo</i> Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.</p>	<p>3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos lecionados ao longo do mestrado; • Conhecer as normas, protocolos, procedimentos e regulamentos da UCI; • Atuar de acordo com os protocolos, normas, procedimentos e regulamentos para a prevenção e controlo de infeção, cumprindo as suas indicações; • Prestar cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com os planos de prevenção e controlo de infeção; • Analisar o impacto das infeções por MRSA na UCI.
	<p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	

Anexos

Anexo I – Elemento de ligação ao grupo de trabalho “Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes” (Comprovativo de participação)



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Sra. Enf. Ana Luísa Costa C. Nunes, com o nº de OE-62355, a exercer funções no Serviço , pertence ao grupo de trabalho “*Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes*”, como elemento de ligação ao Serviço de Urgência.

Setúbal, 7 de Outubro de 2015

A Enf. Coordenadora
Do Serviço de Urgência Geral

Anexo II – Introdução à Eletrocardiografia (Comprovativo de Formação)

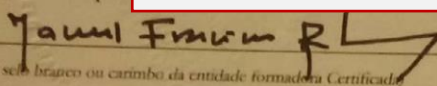
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes natural de Vila Nova de Famalicão nascida em 05/08/1985, com o N.º de Identificação Civil 12793512 válido até 24/05/2021, concluiu com aproveitamento, em 05/12/2018 o(s) seguintes módulo(s):

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução à Eletrocardiografia	2:00	-

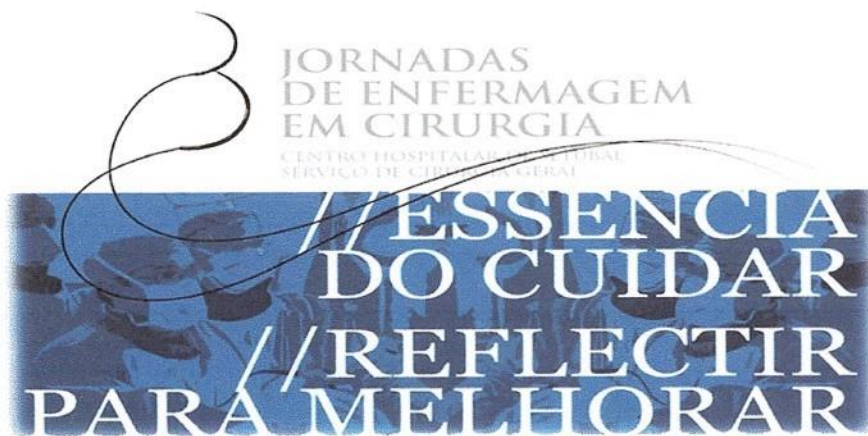
Serúbal, 24 de julho de 2019

O(A) Responsável pelo


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

Certificado n.º 864/2018 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo III – Jornadas de Enfermagem em Cirurgia (Comprovativo de Participação)



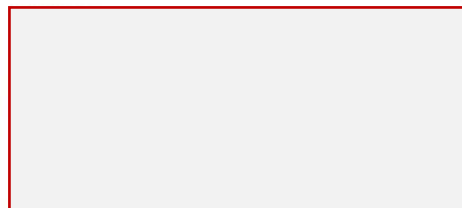
CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Luisa Costa Carvalho Nunes,
participou nas 3as Jornadas de Enfermagem em Cirurgia que decorreram
no Cineteatro S. João em Palmela nos dias 24 e 25 de Março de 2011
(duração total - 14 horas) e com o tema:

**Essência do Cuidar - Reflectir para
Melhorar**

Setúbal, 25 de Março de 2011

Por A Comissão Organizadora das 3as Jornadas de
Enfermagem em Cirurgia



Organização: Serviço de Cirurgia Geral



Anexo IV – “Síndrome Compartimental” (Elaboração e apresentação de póster)



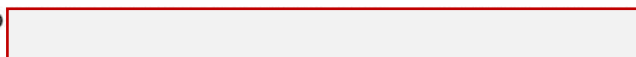
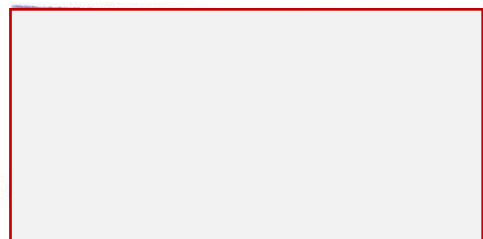
CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Nunes,
participou nas 3as Jornadas de Enfermagem em Cirurgia que decorreram
nos dias 24 e 25 de Março de 2011 com a elaboração e apresentação de um
poster/comunicação livre com o tema:

"Síndrome Compartmental"

Setúbal, 25 de Março de 2011

ρ' A Comissão Organizadora das 3as Jornadas de
Enfermagem em Cirurgia




Anexo V – Precauções básicas de controlo de infeção, precauções básicas de vias de transmissão e coronavírus (Comprovativo de Formação)



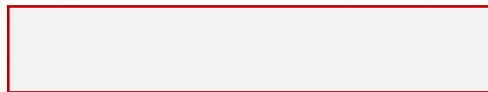
FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO DE PRESENÇA

No âmbito do Plano de Formação Contínua, do Serviço de Urgência Geral, do Centro  certifica-se que *Ana Luísa Costa Carvalho Nunes*, esteve presente na Formação com o tema *“PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO”; “PRECAUÇÕES BÁSICAS DE VIAS DE TRANSMISSÃO” E “CORONAVÍRUS”*, realizada no dia 20 de Fevereiro de 2020, com a duração de 3 horas.

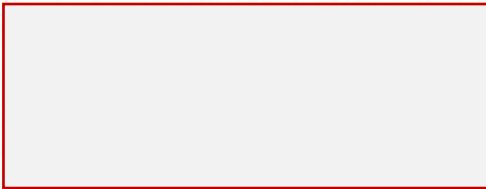
Setúbal, 30 de junho de 2020

A Enfermeira Coordenadora
Do Serviço de Urgência Geral



Organização – Serviço de Urgência Geral

Anexo VI – Transporte de Doente Crítico (Comprovativo de Formação)

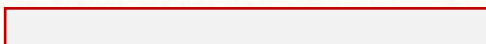


CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

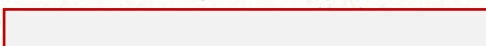
Certifica-se que ANA LUISA COSTA CARVALHO NUNES, natural de VILA NOVA FAMALICÃO, nascido/a 05-08-1985, com a nacionalidade PORTUGUESA, titular do N.º de Identificação Civil 12793512-0zz0, válido até 24-05-2021, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação
Contínua

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

em 11-05-2016, com a duração de 8 horas.



O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação
do



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Anexo VII – Uso de EPI em unidades de isolamento (Certificado de Presença)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO DE PRESENÇA

No âmbito do Plano de Formação Contínua, do Serviço de Urgência Geral, do Centro [REDACTED] certifica-se que *Ana Luísa Costa Carvalho Nunes*, esteve presente na Formação com o tema *"USO DE E.P.I. EM UNIDADES DE ISOLAMENTO – REALIDADE DO COVID 19*, realizada no dia 11 de Março de 2020, com a duração de 1 hora.

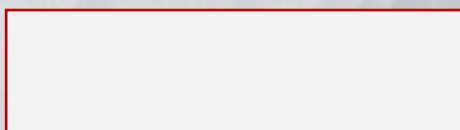
[REDACTED] 2020

A Enfermeira Coordenadora
Do Serviço de Urgência Geral

[REDACTED]

Organização – Serviço de Urgência Geral

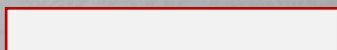
Anexo VIII – Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência; Emergências Cardiológicas; Abordagem ao Doente Politraumatizado; Ventilação Mecânica Não Invasiva; Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência (Comprovativo de Formação)



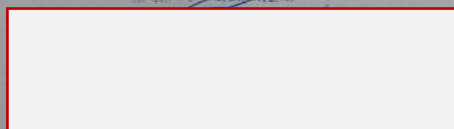
Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do interessado, declara-se que **Ana Luísa Costa Carvalho Nunes**, portador(a) do documento de identificação nº 12793512-6ZX2, frequentou as seguintes ações de formação em serviço:

- **Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência**, decorrido no dia 07/07/2021, com a duração de 1 hora e 30 minutos.
- **Emergências Cardiológicas**, decorrido no dia 06/09/2021, com a duração de 3 horas e 30 minutos.
- **Abordagem ao Doente Politraumatizado**, decorrido no dia 08/09/2021, com a duração de 4 horas.
- **Ventilação Mecânica Não-invasiva**, decorrido no dia 08/10/2021, com a duração de 2 horas.
- **Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência**, decorrido no dia 14/10/2021, com a duração de 1 hora e 30 minutos.



A Responsável do Serviço de Gestão da Formação



Anexo IX – Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar





DIPLOMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Natália Maria Carvalho do Espírito Santo, Secretária-Geral, da Escola Superior de Saúde Atlântica, certifica que, dos livros competentes desta Instituição, consta que a requerente ANA LUÍSA DA COSTA CARVALHO NUNES, filha de Luís Carneiro Carvalho Nunes e de Maria de Fátima Fernandes da Costa Nunes, nascida em 1985-08-05, portadora de Cartão de Cidadão com o n.º 12793512 6ZY0, emitido em República Portuguesa, válido até 2021-05-24, concluiu, em 2012-07-26, o Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar, num total de 30 créditos ECTS, com a classificação final de 15 (quinze) valores, com a qualificação de Bom, pelo que, em conformidade com as disposições legais em vigor, lhe manda passar o presente DIPLOMA DE PÓS-GRADUAÇÃO, o qual vai por mim assinado e autenticado com o selo branco da Escola Superior de Saúde Atlântica.

Secretaria Geral da Escola Superior de Saúde Atlântica.

Barcarena, 2 de julho de 2020

A Secretária-Geral

Natália do Espírito Santo

201127775
1014 PR

Anexo X – Suporte Avançado de Vida (Comprovativo de Formação)



ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

ACLS Provider



American
Heart
Association.

Ana Luísa Costa Carvalho Nunes

has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.

Issue Date

30/05/2021

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

Training Center ID

ZL50578

Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

Renew By

31/05/2023

eCard Code

1hbfyatpmr0opyzwwpprgzxs

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2862 4/20

Anexo XI – ITLS (Comprovativo de Formação)





ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/9/2021

course site

Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL
(International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

329152-44563

Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **5/9/2021**

Expiration Date **05/2024**

Course Number **44563**

Course Location

Escola Superior de
Enfermagem de Évora,
Évora, INTL (International)

Anexo XII – Jornadas de Atualização Cardiológica (Comprovativo de Participação)





Jornadas de
Actualização
Cardiológica
2022

Medicina Geral e Familiar

CERTIFICADO

O presente documento certifica que

ANA NUNES

participou nas Jornadas de Actualização Cardiológica 2021,
que tiveram lugar de 19 a 21 de Janeiro de 2022, em Edição
Virtual.

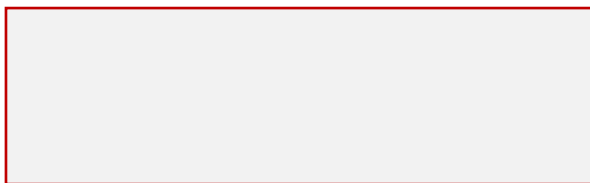
Nuno Bettencourt

Francisco Sampaio




We are pleased to inform that our application for EACCME® accreditation of 2022 Cardiology Update Days for General Practitioners, Porto, Portugal, 19/01/2022-21/01/2022 has been granted 6 European CME credits (ECMEC®s) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®). Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.

Anexo XIII – V Jornadas do Serviço de Urgência Geral (Comprovativo de Participação)



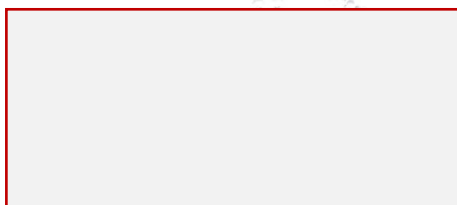
DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos fins que, Ana Luísa da Costa Carvalho Nunes, portador(a) do documento de identificação n.º 12793512, nº mec 25713, foi elemento da Comissão

Organizadora das V Jornadas do Serviço de Urgência Geral do 

 que decorreram nos dias 20 e 21 de Outubro de 2011, no auditório 





Enfermeira Diretora

Anexo XIV – III Seminário Internacional sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde (Comprovativo de Participação)



III Seminário Internacional
Vulnerabilidades Sociais e Saúde

Epidemias: uma análise interdisciplinar

CERTIFICADO

IPS Instituto Politécnico de Saúde
IPS Instituto Politécnico de Saúde
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CIDEHUS

Campus do IPS, 11, 12 e 13 de março de 2021

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se a comunicação com o título ***O uso da oxigenoterapia nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória aguda secundária à Covid 19: uma scoping review*** da autoria de **Ana Nunes, Ana Miranda, Bruna Trabuço, Inês Silvestre, João Martins & Pedro Fernandes** integrou um dos painéis de comunicações livres do **III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde** sobre a temática ***Epidemias: uma análise interdisciplinar***, realizado nos dias 11, 12 e 13 de março de 2021.

A Comissão Organizadora



<http://www.seminariovss.ips.pt/>

Anexo XV – Curso de Triagem de Prioridades (Comprovativo de Formação)

CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA

CERTIFICADO

ANA LUISA COSTA CARVALHO NUNES

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado no Centro de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, no Outão, pelo Grupo Português de Triagem, no 29 de Setembro de 2010, com a duração de 7 horas.

Amadora, 30 de Setembro de 2010

O Coordenador do Curso


José Coincas

Grupo Português de Triagem


Paulo Teles Freitas