

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**

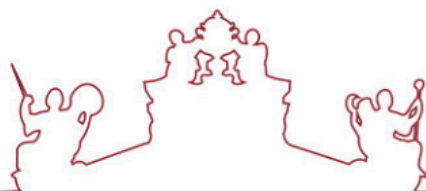
Relatório de Estágio

Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa
Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva

João David Costa Martins

Orientador(es) | **Maria Dulce dos Santos Santiago**

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**

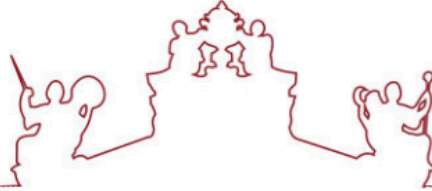
Relatório de Estágio

**Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa
Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva**

João David Costa Martins

Orientador(es) | **Maria Dulce dos Santos Santiago**

Évora 2022



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

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Hugo Miguel Martins Alves Franco (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Dulce dos Santos Santiago, pela orientação e disponibilidade demonstrada, apoio e incentivo ao longo deste percurso formativo.

À enfermeira supervisora Carla Alves que me acompanhou, pelo estímulo permanente das aprendizagens, pelo apoio e confiança depositada e pela partilha de experiência e conhecimentos.

À enfermeira coordenadora da UCI, pela aceitação e apoio no desenvolvimento da intervenção profissional.

À equipa da UCI, pelo acolhimento e colaboração no desenvolvimento da intervenção profissional.

À Bruna, Inês Belchior, Inês Silvestre, Pedro, Ana, Marisa e Milene, colegas de mestrado e de trabalho, pela amizade, cumplicidade e coragem, sempre presentes, em todos os desafios.

Aos meus pais, irmão, cunhada e sobrinhas, por estarem sempre presentes, pelo apoio incondicional e incentivo em todos os momentos.

À minha filha Laura, que nasceu a meio desta caminhada, que me deu força todos os dias com o seu olhar e sorriso.

À minha esposa Sara, por ser uma mulher maravilhosa, compreensiva perante as ausências, carinho e palavras de encorajamento, que me apararam nesta caminhada.

A todos, o meu sincero Obrigado!

RESUMO

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico, que consiste na abertura da parede anterior da traqueia e criação de um orifício ou abertura da traqueia para o exterior, sendo esta indicada para ventilação mecânica invasiva prolongada, entre outras situações. A traqueostomia poderá estar associada a complicações imediatas, mediatas e tardias e deverão ser objeto de monitorização, destacando-se a aposta na uniformização de procedimentos como relevante para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa traqueostomizada sob ventilação mecânica invasiva.

Durante o estágio final, foi desenvolvida uma intervenção profissional major com o intuito de melhorar a qualidade e segurança nos cuidados à pessoa traqueostomizada sob ventilação mecânica invasiva, que se apresenta neste relatório.

Ao longo do relatório proceder-se-á também à análise e reflexão crítica e fundamentada, sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, bem como competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Críticos; Segurança; Traqueostomia; Ventilação Mecânica Invasiva

ABSTRACT

Safety and Quality of Care for Tracheostomized Persons Under Invasive Mechanical Ventilation

Tracheostomy is a surgical procedure that consists of opening the anterior wall of the trachea and creating an orifice or opening of the trachea to the outside, which is indicated for prolonged invasive mechanical ventilation, among other situations. Tracheostomy may be associated with immediate, mediate, and late complications and should be monitored, with emphasis on standardizing procedures as relevant to promoting safety and quality of care for tracheostomized patients under invasive mechanical ventilation.

During the final stage, a major professional intervention was developed with the aim of improving the quality and safety of care for the tracheostomized person under invasive mechanical ventilation, which is presented in this report.

Throughout the report, critical and grounded analysis and reflection will also be carried out on the process of acquiring and developing Master's in Nursing skills, as well as common and specific skills of the Nurse Specialist in Nursing in Persons in Critical Situation.

Keywords: *Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Safety; Tracheostomy; Invasive Mechanical Ventilation*

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - e outros

n.º - número

p. - página

pp. - páginas

s/d - sem data

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS - Direcção-Geral da Saúde

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EEEPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE - Entidade Pública Empresarial

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

IOM - *Institute of Medicine*

IPM - Intervenção Profissional Major

JBÍ - *The Joanna Briggs Institute*

MMPBE- Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidência

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada em Evidências

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCCM - *Society of Critical Care Medicine*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

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

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIs- Unidades de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

UH – Unidade Hospitalar

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	19
1.1. Unidade Hospitalar.....	19
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos	20
1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais.....	20
1.2.2. Recursos humanos	22
1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados	24
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	26
2.1. Problemática: A Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob VMI	27
2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico.....	31
2.2.1. Modelo para mudança da prática baseada em evidência.....	33
2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados.....	37
2.2.3. Traqueostomia precoce no doente submetido a VMI.....	40
2.2.4. Benefícios da traqueostomia precoce no doente submetido a VMI.....	42
2.3. Diagnóstico de Situação	46
2.4. Objetivos	47
2.5. Planeamento e Execução	48
2.6. Avaliação e Resultados.....	55
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS... 58	
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem.....	60

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem	74
CONCLUSÃO	86
BIBLIOGRAFIA.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência	36
Figura 2 - Fluxograma de seleção de artigos.....	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação dos estudos.....	44
Tabela 2 - Análise SWOT	47

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Resumo do projeto de estágio	101
Apêndice B – Resumo do artigo científico – Benefícios da Traqueostomia Precoce no Doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva	107
Apêndice C – Proposta de norma sobre os cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI	109
Apêndice D – Instrumento de auditoria clínica para a proposta de norma sobre os cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.....	128
Apêndice E – Planos das sessões formativas	130
Apêndice F – Apresentação das Sessões formativas	136
Apêndice G – Projeto de Estágio	162

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Declaração de aceitação de orientação pedagógica do Estágio Final e Relatório de Estágio	185
Anexo B – Parecer do Conselho Científico da Universidade de Évora	187
Anexo C – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida.....	189
Anexo D – Certificado de Formação em Trauma	191
Anexo E – Certificado de formação de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Enfermeiros.....	193

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrada no plano de estudos do 2.º ano, do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – a Pessoa em Situação Crítica (PSC), criado pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, promovido pela Universidade de Évora (EU) em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal (UE, 2016).

No final do curso é esperado que se atinjam as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica (EEEPSC), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), assim como, as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Neste Relatório, pretende-se através da descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada das atividades desenvolvidas no âmbito da UC Estágio Final, evidenciar o aprofundamento e desenvolvimento de competências, exigidas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), bem como o grau de Mestre em Enfermagem. A análise e reflexão levadas a cabo neste relatório recaem essencialmente sobre as atividades desenvolvidas na UC Estágio Final, tendo obtido a creditação total na UC Estágio em Enfermagem à PSC,

integrada no 1.º ano do plano de estudos do presente curso, mediante processo de reconhecimento e validação de competências.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros o enfermeiro especialista é o “enfermeiro habilitado com o curso de especialização de enfermagem (..), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 Setembro, artigo 4º nº 3. p. 2960). Assim o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como objetivo conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018).

No Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (Associações das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2017), no início do 2º ano curricular, elaborámos um projeto de estágio (Apêndice A), onde planeámos as atividades a realizar, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências estabelecidas nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEEPSC (OE, 2018), bem como as Competências de Mestre em Enfermagem, com enquadramento legal no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 e respetivas modificações posteriores, com republicação mais recente no Decreto-Lei n.º 65/2018 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

No Estágio Final, além da prática clínica, sujeita a avaliação em alinhamento com os instrumentos de avaliação da componente clínica que têm em conta as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, espera-se também que os mestrandos desenvolvam como trabalho escrito um artigo científico (Santiago, D. *et al.*, 2021).

A realização do Estágio Final, com um total de 388h, divididas entre o local de estágio, trabalho do formando e orientação tutorial com o professor orientador, teve

início em setembro de 2021 e término em janeiro de 2022. O local escolhido para a realização deste estágio, foi uma Unidade de Cuidados Intensivos numa unidade hospitalar na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O processo de desenvolvimento de competências e a realização do trabalho desenvolvido durante o estágio final foram suportados pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências (MMPBE), de Larrabee (2011).

Deste modo, foram estabelecidos para este relatório os seguintes objetivos:

- Descrever o contexto clínico onde foi realizado o Estágio Final e o contexto onde se implementou e se concretizou a IPM;
- Apresentar a IPM realizada, percorrendo as etapas da metodologia de projeto;
- Analisar, de forma detalhada e crítica, o processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de Mestre em Enfermagem.

Para dar resposta aos objetivos acima propostos, procedeu-se ao desenvolvimento do relatório que se encontra organizado em três capítulos. O primeiro capítulo compreende a apreciação do contexto clínico onde decorreu o estágio final, através da descrição do enquadramento legal e institucional, estrutura, recursos físicos, materiais e humanos, bem como, análise da gestão e produção de cuidados. O segundo capítulo, inicia-se com a fundamentação da problemática identificada, seguida do enquadramento teórico e conceptual, em que abordamos o modelo teórico adotado e a temática da Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva. No terceiro capítulo é realizada uma análise reflexiva e aprofundada do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), das competências específicas do EEEPSC (OE, 2018) e das competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (Ministério da

Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). Terminamos com a conclusão sobre o percurso desenvolvido.

O relatório de estágio foi redigido tendo em conta as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association*, 6.^a edição, tendo sido redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio Final e a IPM foram desenvolvidos na UCI de uma unidade hospitalar. Deste modo, entendemos como necessário a realização de uma descrição concisa do contexto clínico, a sua história, missão e valores, recursos humanos e físicos, finalizando com uma breve análise da gestão e produção de cuidados.

1.1. Unidade Hospitalar

A Unidade Hospitalar em apreciação, é uma instituição integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), Entidade Pública Empresarial (EPE), estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 280/2009. Esta unidade hospitalar tem como área de influência quatro concelhos e serve uma população de cerca de 219.455 habitantes, de acordo com os resultados provisórios dos censos de 2021 (INE, 2021).

A UH tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram. Visa ser um centro hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, para a comunidade, com o objetivo de promover a segurança e satisfação do doente. Para tal pretende ter colaboradores motivados, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população (UH, 2009).

Em relação aos valores o seu lema é o humanismo, profissionalismo, eficiência, inovação, dedicação e responsabilidade (UH, 2009).

O centro hospitalar está organizado em serviços de ação médica e serviços de apoio. Os serviços de ação médica estão organizados em departamentos, serviços, unidades funcionais e valências. Os serviços de apoio são comuns aos dois hospitais. Tem como linhas de atuação o internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, cirurgia de ambulatório, radioterapia e garante quase todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Presta também cuidados domiciliários no âmbito dos cuidados paliativos, de saúde mental e psiquiátrica (UH, 2009)

Tem uma lotação de 386 camas (sem berçário), ao nível do internamento, segundo critério de especialidade e em função do espaço físico (UH, 2009).

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos

A Unidade de Cuidados Intensivos em apreciação está em funcionamento desde 16 de setembro de 1991. É uma unidade polivalente, que tinha capacidade para 5 camas.

1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

No início do estágio a UCI estava em processo de alargamento e remodelações e a UCI provisória estava na UIPA, que pertence ao serviço de urgência geral. Ao longo do estágio houve mudanças estruturais no serviço. Inicialmente a equipa da UCI tinha 4 camas (metade da UIPA) e a meio do estágio a equipa da UCI tinha a cargo 7 camas a totalidade da UIPA. No último mês do estágio já estava nas novas instalações da UCI com

um total de 11 camas. Nesse total, incluem-se 2 camas de isolamento respiratório, 5 camas de cuidados intensivos individualizadas (7 camas em sistemas de box) e 4 camas de cuidados intermédios, em sistema de “*open space*”, separadas entre si por cortinas.

Considerando a classificação europeia, arrogada em Portugal por (Nunez, et al., 2020) e pela (OE, 2014), a UCI constitui-se como uma UCI de nível III, encontrando-se subjacente a capacitação para prestar cuidados a doentes críticos de maior gravidade e complexidade, traduzida pela disfunção de um ou mais órgãos vitais, dispondo de recursos materiais e técnicos adequados e de quadro próprio com equipas médica e de enfermagem funcionalmente dedicadas (Penedo, et al., 2013) citado por (Nunez, et al., 2020).

Esta UCI, localiza-se no piso 0 ao lado do Bloco Operatório (BO) e situa-se perto do Serviço de Urgência Geral (SUG) e Serviço de Radiologia, cumprindo as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e do MS, relativas à localização e proximidade a outros serviços, que referem que as Unidade de Cuidados Intensivos (UCIs) polivalentes devem ter uma localização próxima aos serviços de Radiologia, Urgência e Bloco Operatório (DGS, 2003) (ACSS, 2013).

Cada uma das unidades, entendida como espaço destinado a cada doente, dispõe permanentemente de ventilador, que permite instituir suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, seringas e bombas infusoras, monitor com capacidade para monitorização permanente de pressão arterial, traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão venosa central, oximetria de pulso, temperatura esofágica, monitorização hemodinâmica invasiva (sistema PiCCO: *Pulse Contour Cardiac Output*) e neuromonitorização (*Bispectral Index* [BIS®]). As máquinas para realização de terapias de substituição renal são móveis, pelo que são transportadas para a unidade do doente em caso de necessidade. Existem 3 carros de emergência, equipamento para realização de análises gasométricas e recursos materiais e técnicos para realização de traqueostomia percutânea.

Os dados captados pelo monitor e pelo ventilador, são transmitidos automaticamente para a central de monitorização. Para os registos clínicos, médicos e de enfermagem, é utilizado programa informático *SClínico*®.

Para além da área clínica, a UCI detém vários espaços que apresentam diferentes utilidades, nomeadamente, uma sala de armazenamento de material de uso clínico (com gestão informatizada em articulação com o serviço de aprovisionamento), uma sala com vários equipamentos e material reutilizável, sala de limpos, sala de sujos, copa, balneários, sala de reuniões (equipada com computadores), sendo utilizada pela secretária, pelos médicos e também serve para reuniões e sessões formativas, o gabinete do diretor, o gabinete da enfermeira coordenadora, sala de espera e de reuniões para visitas/familiares/pessoas significativas.

1.2.2. Recursos humanos

A UCI é constituída por uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, durante 24 horas, 365 dias, tal como exige uma UCI de nível III (Nunez, et al., 2020). É uma equipa formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, secretária, fisioterapeuta.

A dotação segura para uma UCI nível II é de um enfermeiro para cada três doentes e para uma UCI nível III é de um enfermeiro para cada um/dois doentes (Nunez, et al., 2020).

Atualmente a equipa de enfermagem é constituída por vinte e nove enfermeiros. Cinco enfermeiros encontram-se em horário fixo, entre eles, a enfermeira coordenadora (enfermeira especialista na área de reabilitação), uma enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica (Pessoa em Situação Crítica) e três enfermeiros generalistas, um dos quais colabora com a enfermeira coordenadora na gestão do serviço, os restantes elementos prestam cuidados diretos aos utentes. Os restantes

elementos encontram-se em horário rotativo, divididos por cinco equipas (duas equipas com seis elementos e três equipas com cinco elementos) que prestam cuidados diretos aos utentes. Cada equipa tem um chefe, que habitualmente é o enfermeiro mais experiente e enfermeiro especialista, responsável na ausência do responsável de serviço pela gestão da UCI, prestando igualmente cuidados diretos aos utentes internados. Existem oito enfermeiros especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica (Pessoa em Situação Crítica), um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização da pessoa idosa e seis enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

A equipa médica, é constituída por sete médicos, cinco permanentes (um deles tem a função de responsável pela UCI) e dois externos que asseguram os bancos. Fica sempre um médico de serviço durante as vinte e quatro horas e os restantes das 8h às 14h.

A equipa de assistentes operacionais (AO) é constituída por treze pessoas. Três em horário fixo (uma responsável pelo *Ekanban*¹, reposição de material e atividades relacionadas com serviços de apoio; as outras duas dão apoio na prestação de cuidados diretos aos utentes) e dez em horário rotativo.

Existe uma administrativa exclusivamente para a UCI, de segunda a sexta-feira das 9h às 17h. Esta é responsável por toda a parte burocrática do serviço (registo de entradas e saídas de doentes, organização dos processos, marcação de pedidos de exames complementares, transportes, etc.).

¹ *Ekanban*[@] é uma solução baseada na utilização de códigos de barras que permite a gestão de todos os produtos farmacêuticos e clínicos de um hospital.

1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados

O centro hospitalar no início do estágio apresentava um dos piores rácios de camas /100 000 habitantes do país (2,31). No final do estágio com o serviço de UCI novo, já apresenta um aumento no rácio de cama /100 000 habitantes do país (5,15) (Nunez, et al., 2020).

Segundo a Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos de 2013, a taxa de ocupação registada na UCI foi de 84,9% e a demora de internamento de 7,9 dias (Nunez, et al., 2020).

No mês de janeiro foi criada a Equipa de Emergência Médica intra-Hospitalar (EEMI), que assegura a resposta a toda a população da instituição, durante 24h por dia, 365 dias por ano. Esta equipa é constituída por profissionais diferenciados, com formação em suporte avançado de vida, como demanda a DGS (DGS, 2010).

O período de trabalho de enfermagem é organizado em 3 turnos: turno da noite (das 23 horas às 8 horas e 30 minutos), turno da manhã (das 8 horas às 16 horas) e turno da tarde (das 15 horas e 30 minutos às 23 horas e 30 minutos). Por cada turno tem que ter no mínimo de 5 enfermeiros para a totalidade da UCI, dedicados à prestação de cuidados diretos, aos quais, no turno da manhã dos dias úteis, acresce a enfermeira coordenadora, enfermeiro de apoio à gestão do serviço e enfermeiro chefe de equipa, que assume a gestão da equipa da prestação de cuidados, ao qual cabe, no início de cada turno, após a passagem de turno, a distribuição dos doentes pelos elementos da equipa.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem é realizado através do instrumento *Therapeutic Intervencion Scoring System-28* (TISS-28), validado para a população Portuguesa (Moreno & Morais, 1997), projetado para classificar a carga de trabalho de enfermagem em relação à gravidade da doença, mediante a avaliação de 28 itens, subdivididos em 7 categorias: atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções

específicas (Miranda, Rijk, & Schaufeli, 1996); (Padilha, et al., 2005). A cada item corresponde uma pontuação, estimando-se que cada ponto corresponda a 10,6 minutos de tempo de trabalho de enfermagem (Miranda, Riji, & Schaufeli, 1996).

Na UCI o TISS-28 é preenchido diariamente, pelos enfermeiros escalados no turno da noite, tendo em consideração os dados relativos às 24h anteriores. Acresce ainda referir que, nos últimos anos, com o aumento da idade média e da gravidade dos doentes admitidos em UCIs, as intervenções de enfermagem tornaram-se mais complexas e numerosas, tendo sido demonstrado que 34,3% do tempo dos enfermeiros era dedicado a cuidados não relacionados com os itens contemplados no TISS-28 (Miranda, Rijk, & Schaufeli, 1996) (Miranda, Nap, Rijk, Schaufeli, & Iapichino, 2003).

O método de trabalho praticado na UCI é o método individual de trabalho, sob o modelo conceptual de Nancy Roper. De acordo com este método individual de trabalho, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados globais e holísticos aos doentes que lhe são atribuídos em cada turno, sem impedimento da interajuda e fomentação do trabalho em equipa.

Na UCI são formadas equipas de trabalho, que se dedicam ao desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade. São exemplos de projetos como: projeto de prevenção e tratamento de úlceras de pressão; projeto pela aplicação do procedimento geral e monitorização de indicadores na UCI; projetos de intervenção sobre a infeção associada ao cateter venoso central, algaliação, higiene das mãos e uso de luvas, colheita de sangue para hemoculturas, cateter arterial, manutenção do cateter PiCCO.

Na UCI, “assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local”, conforme definido pela (OE, 2001:6), deste modo, verifica-se um empenho permanente na melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos ao doente crítico, bem como à sua avaliação contínua, como preconizado por (Nunez, et al., 2020).

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

A enfermagem, profissão autorregulada, intelectual e de cariz científico, reconhecida como uma disciplina do conhecimento, encontra-se numa posição central para fazer face aos desafios complexos que são colocados sistematicamente nas organizações de saúde e na prestação de cuidados de saúde.

No âmbito da UC do Estágio Final, em paralelo com a aquisição e desenvolvimento das competências clínicas, foi desenvolvida e operacionalizada uma intervenção profissional major (IPM), enquadrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, definida para o ME, na área de especialização em EMC, na vertente da PSC.

Para a concretização da IPM, adotou-se a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010) como linha orientadora que, para além de refletir os conceitos fundamentais do planeamento em saúde, visa a resolução de problemas, permitindo assim a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação concreta e real (Ruivo *et al.*, 2010). Desta forma, a metodologia de projeto assume a estreita ligação entre a teoria, a investigação e a prática, atendendo a que esta se baseia no conhecimento teórico e da evidência para uma consequente aplicação em contexto prático (Ruivo *et al.*, 2010), instigando assim a aplicação da prática baseada na evidência. O planeamento em saúde, assim como a metodologia de projeto, deve necessariamente ser encarado como um processo dinâmico, consistente e ininterrupto, flexível e iminentemente aberto, sendo exequível a integração de novos dados e estratégias,

reformulando caso necessário, nunca considerando cada etapa como encerrada (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo *et al.*, 2010).

2.1. Problemática: A Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob VMI

A traqueostomia consiste num procedimento cirúrgico, programado ou emergente, em que é realizada uma abertura no pescoço até à traqueia, de forma a garantir a permeabilidade da via aérea, tendo como objetivo a prevenção ou tratamento da obstrução respiratória ao nível ou acima da laringe, a ventilação artificial prolongada, facilitar a remoção de secreções da traqueia e brônquios, diminuir o espaço morto e aumentar o volume corrente, para proteção de via aérea e/ou prevenir a aspiração nos doentes com lesão ou doença neurológica. Essa abertura, de índole provisória ou permanente, é habitualmente denominada de traqueostomia, ostomia ou estoma de ventilação. As principais causas para a sua realização são: A obstrução da via aérea superior, o acesso facilitado à via aérea inferior para aspiração de secreções e ainda a manutenção de uma via aérea estável em clientes que requerem ventilação mecânica prolongada (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015).

A ventilação mecânica (VM) consiste num método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, uma vez que substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea, com o objetivo de proporcionar a adequada troca gasosa, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e diminuir a demanda metabólica. A ventilação mecânica pode ser classificada como não invasiva, a partir de uma interface externa ou invasiva, através de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (Melo, Almeida & Oliveira, 2014).

Ventilar consiste em deslocar o ar para o interior dos alvéolos. Os alvéolos são unidades microscópicas circundadas por vasos capilares. É nessa interface entre o epitélio alveolar, o interstício e o capilar tecidual que ocorrem as trocas gasosas. O início

da VM deve ser orientado de acordo com a causa da insuficiência respiratória. O suporte ventilatório tem como objetivos:

- Utilizar um método ventilatório capaz de ventilar e oxigenar adequadamente o doente;
- Assegurar oferta apropriada de oxigênio aos órgãos vitais, mantendo saturação arterial de oxigênio adequada;
- Assegurar remoção eficiente de CO₂ aceitando, porém, elevações dos níveis da PaCO₂, desde que não haja contraindicações;
- Minimizar a toxicidade do oxigênio, os menores níveis possíveis de FiO₂;
- Limitar as pressões transalveolares de 25 a 30 cmH₂O, o que normalmente corresponde a pressões de platô de 30-35 cmH₂O (Melo, Almeida & Oliveira, 2014).

A traqueostomia está indicada nas seguintes situações: Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico; Doença inflamatória crônica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); Traumatismos faciais ou cervicais; Corpos estranhos faringolaríngeos; Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço; Insuficiência respiratória crónica; Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensáveis a sedação da pessoa); Síndrome de apneia obstrutiva do sono; Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; Paralisia bilateral das cordas vocais; Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares; Edema pós-radioterapia; Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos) (DGS, 2017).

Quando observado o risco aumentado de pneumonia associada à ventilação e danos laríngeos e traqueais graves de médio prazo, a traqueostomia enquadra-se como alternativa viável à intubação endotraqueal prolongada (Silva & Urache, 2016).

Durante a pesquisa bibliográfica verificou-se alguma controvérsia na aplicação do termo traqueostomia ou traqueotomia. Ambos os termos têm origem grega, sendo que

traqueotomia significa o procedimento cirúrgico de “abertura da traqueia”, enquanto traqueostomia acresce o sufixo “os” referindo-se à existência de um orifício ou abertura para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, mantendo-se assim a abertura das vias aéreas para o exterior (Mitchell *et al.*, 2012).

O número de traqueotomias realizadas internacionalmente tem aumentado (Parker *et al.*, 2007) citado por (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015), principalmente nos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos, para facilitar a ventilação mecânica. A incidência crescente de cancro da cabeça e pescoço concorre igualmente para o aumento gradual do número de pessoas com traqueostomia. O cancro da cabeça e pescoço está geralmente associado a alterações anatómicas e funcionais que podem condicionar a deglutição, a fonação, a respiração e a permeabilidade da via aérea. Consequentemente, a traqueotomia é um procedimento cirúrgico frequente neste grupo de doentes. De entre os cancros da cabeça e pescoço o mais prevalente é o da laringe (Matos, Silva, & Monteiro, 2012) citado por (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015). Segundo dados do registo oncológico em Portugal, o carcinoma da laringe constitui-se como 9.º tipo de tumor maligno mais prevalente no sexo masculino, tendo uma taxa de incidência de cerca de 10,4 casos por cada 100.000 habitantes (DGS, 2014) citado por (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015). Segundo dados internacionais são reportados anualmente cerca de 150.000 novos casos de cancro da laringe no mundo (Matos *et al.*, 2012) citado por (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015). Consequentemente, há cada vez mais pessoas a viverem com uma traqueostomia, pelo que a capacitação da pessoa para a vida com uma ostomia de ventilação é cada vez mais um importante campo de ação do enfermeiro (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015).

Efetivamente, a realização de uma ostomia, provisória ou definitiva, visa a melhoria da condição de saúde ou da qualidade de vida da pessoa. Contudo, os desafios que a formação de um estoma acarreta podem ter um impacto significativo em vários aspetos da vida da pessoa, nomeadamente a nível fisiológico, social, psicológico, cultural (Sousa, Santos & Graça, 2015) citado por (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015).

A detecção e prevenção de complicações deverão ser objeto de monitorização:

- Complicações imediatas: dor e edema, afonia (ausência total de voz), aumento das secreções traqueais, mau posicionamento ou falso trajeto da cânula, apneia por terminar o estímulo respiratório hipóxico, sinais e sintomas de hemorragia, obstrução da via aérea/cânula por tampão mucoso, pneumotórax ou pneumomediastino, lesão das estruturas adjacentes (parede posterior da traqueia, esófago, carótida, tronco braquiocefálico, nervos recorrentes, glândula tiroide) (DGS, 2017).
- Complicações mediatas: sinais e sintomas de hemorragia, infeção, infeção e deiscência da sutura, traqueíte, celulite, exteriorização da cânula externa na traqueoesofágica; dor e edema; secreções purulentas e/ou com cheiro fétido (DGS, 2017).
- Complicações tardias: dificuldades na extubação; disfagia; recidiva tumoral; estenose traqueal; tecido granulação; hemorragia; complicações da prótese fonatória (candidíase, rejeição, etc.); fístulas; lesões cutâneas peri-estoma (maceração, eritema, escoriação, úlcera) (DGS, 2017).

Nos cuidados a pessoas traqueostomizadas sob VMI o enfermeiro deve realizar uma avaliação completa da pessoa tendo em conta o atual padrão respiratório da mesma, o motivo da traqueostomia/traqueotomia assim como o procedimento utilizado e qual o tipo e tamanho do tubo que está a ser usado no momento. Os cuidados de enfermagem específicos a pessoas com traqueostomia/traqueotomia sob VMI estão relacionados com a correta humidificação das vias aéreas; aspiração de secreções; limpeza da cânula interna; cuidados ao estoma; manutenção do cuff; deglutição, nutrição e hidratação; comunicação e descanulação, promovendo assim a autonomia da pessoa (Freeman, 2011).

Sendo os enfermeiros profissionais basilares e indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, estes assumem um papel central e essencial para a promoção e aumento da cultura da segurança dos doentes, assim como da gestão de risco. Desta

forma é premente a investigação, desenvolvimento e operacionalização de projetos relativos à qualidade, segurança do doente e gestão de risco, de forma a cumprir os enunciados descritivos emanados pela (OE, 2015b), referentes aos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem em PSC, essenciais para a organização dos cuidados Especializados.

Face ao exposto considerou-se atual, relevante, pertinente e justificada a intervenção que se submeteu à apreciação da Instituição do Ensino Superior que detém a gestão administrativa do ME (Apêndice A), a qual mereceu a aprovação (Anexo B), denominada “Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva”, enquadrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, definida para o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico

A enfermagem enquanto profissão emerge na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, esta marcou o nascimento da enfermagem moderna, que se afirmou como profissão de responsabilidade e de respeito, tendo como essência a arte de cuidar (Alligood e Tomey, 2004).

Nos anos 50, período que antecedeu o surgimento da enfermagem como ciência, a prática da enfermagem era baseada em princípios e tradições transmitidas através da aprendizagem com a prática e da sabedoria do senso comum que era adquirido através dos anos de experiência. A prática da enfermagem refletia sim, uma herança vocacional e pouco era reconhecida como profissão. A transição da “vocação” para o reconhecimento enquanto profissão, acontece nos anos 70 e incluiu a procura de conhecimento que se fundamentasse na prática da enfermagem (Alligood e Tomey, 2004).

Após vários anos de investigação, toma-se consciência que a enfermagem carecia de fundamentos conceituais e de enquadramentos teóricos, ou seja, era necessário proceder ao desenvolvimento de conceitos e teorias, para que fosse possível classificá-la como ciência. Desenvolve-se assim, a teoria de enfermagem que tem por base paradigmas que relacionam um metaparadigma com conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, sistematizando e logo melhorando a compreensão do desenvolvimento do conhecimento da ciência de enfermagem (Alligood e Tomey, 2004).

A teoria de enfermagem conduz o pensamento e a ação da prática da enfermagem. A importância da aplicação da teoria na prática surge conjugada com a importância no desenvolvimento de novos conhecimentos de enfermagem, pois a investigação sobre a enfermagem baseada na teoria, ou seja, a prática baseada na evidência, está em constante evolução (Alligood e Tomey, 2004).

Ancorado no pressuposto prévio, têm sido elencadas algumas formas de organização do conhecimento em Enfermagem, sendo a estrutura oligárquica, postulada por (Fawcett, 2005), a mais comumente utilizada e citada. Assim, de acordo com esta organização hierárquica, o conhecimento em Enfermagem está organizado em cinco elementos (metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos), consoante o com o seu nível abstrato/concreto (Fawcett, 2005).

A prestação de cuidados à PSC, constitui-se um processo complexo que deve ancorar-se numa visão holística da pessoa como centro do cuidado, logo, é expectável que o enfermeiro EEPSC, alicerce a sua prática nos padrões de qualidade dos cuidados especializados da sua área. Assim, verifica-se que "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados" (OE, 2015b:17243), para tal revela-se fundamental "a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica", bem como "a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica" (OE, 2015b: 17243).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida, num sentido mais lato, na integração da melhor evidência, proveniente de uma pesquisa organizada, sistemática e sistematizada, conjugada com a experiência, o julgamento clínico, os valores e as preferências do doente na tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011).

Posto isto, como referencial teórico para a IPM e para o processo de desenvolvimento de competências, foi selecionado o Modelo para a mudança da prática baseada em evidência (MMPBE), de Larrabee (2011), que descreveremos no ponto seguinte. Apresentamos ainda uma conceptualização sobre qualidade em saúde e segurança dos cuidados, conceitos basilares na linha de investigação proposta, e sobre a temática da Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva.

2.2.1. Modelo para mudança da prática baseada em evidência

O MMPBE consiste no exercício profissional que fundamenta o processo de tomada de decisão na experiência clínica e, concomitante, na melhor evidência, obtida através da pesquisa sistematizada, considerando igualmente os valores do doente (Larrabee, 2011).

A utilização da investigação e pesquisa e os aspetos teóricos e empíricos ligados à mudança servem de base ao MMPBE, a utilização da investigação e pesquisa e os aspetos teóricos e empíricos ligados à mudança servem de base ao MMPBE, publicado inicialmente por Rosswurm e Larrabee (1999), pretendendo o modelo referido, orientar todo o processo de mudança para uma prática baseada na evidência. Este modelo, ancorado na experiência da progressiva aplicação clínica nos diversos contextos da prática de cuidados, motivou a necessidade de uma revisão e aperfeiçoamento, integrando a qualidade, nomeadamente a qualidade dos cuidados de Enfermagem, a melhoria contínua da qualidade e os seus conceitos afins, na versão revista (Larrabee, 2011).

O MMPBE surge da constatação que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em sintetizar dados empíricos e integrar mudanças na prática de cuidados, defendendo a prática baseada num raciocínio interativo e crítico, promotor do desenvolvimento da investigação em enfermagem, em detrimento da prática baseada unicamente na intuição, que resulta da experiência individual e de processos assentes na opinião pessoal (Rosswurm & Larrabee, 1999).

Segundo o modelo teórico de Larrabee, a mudança na prática deve basear-se na combinação entre a identificação de necessidades e/ou análise de dados, a pesquisa clinicamente relevante e a experiência clínica. A integração sincrónica destes aspetos tem o potencial de melhorar os processos de tomada de decisão dos enfermeiros, modificar os padrões dos cuidados de enfermagem, melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como os resultados para o doente, e garantir cuidados individualizados (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999).

Os líderes de enfermagem, tendo como função a supervisão dos cuidados e gestão de recursos, em prol dos melhores resultados para os doentes, desempenham um papel importante na promoção da PBE, sendo que o apoio por parte dos mesmos se revela essencial para a motivação da equipa e obtenção do sucesso da mudança. Já as organizações profissionais de enfermagem determinam os padrões de excelência, quer para a formação, quer para a prática da enfermagem (Larrabee, 2011).

Releva-se o paralelismo entre o MMPBE e as metodologias aplicadas às revisões da evidência, sistemáticas e integrativas, com etapas e procedimentos comuns e/ou equivalentes, bem como a congruência apresentada entre o modelo descrito e a metodologia de trabalho de projeto (Ruivo et al., 2010), linha orientadora da IPM, já que ambos se baseiam numa premissa comum, de resolução de problemas, e no paralelismo entre a investigação, a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

O MMPBE compreende 6 etapas que, apesar de serem progressivas, podem não ser seguidas de forma linear (Figura 1), nomeadamente (Larrabee, 2011):

Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática - consiste em identificar e incluir as partes interessadas (*Stakeholders*) no problema prático, colher dados internos sobre a prática atual e compará-los com os dados externos para confirmar a necessidade de mudança, identificar claramente o problema e relacioná-lo com intervenções e resultados;

Etapa 2 – Localizar as melhores evidências – Compreende a identificação da melhor evidência disponível, atual e relevante, através de um adequado planeamento da metodologia de pesquisa, definição dos instrumentos de avaliação e análise crítica das fontes assim como a metodologia de organização dos dados para a síntese;

Etapa 3 – Fazer uma análise crítica das evidências – Consiste na aplicação dos instrumentos de avaliação e análise crítica previamente definidos, síntese da evidência de forma a avaliar a qualidade da mesma, a viabilidade, os benefícios e os riscos da aplicação e integração na prática clínica;

Etapa 4 – Projetar a mudança na prática – Engloba a definição da mudança proposta, identificando-se os recursos e valências necessárias e planeando-se as estratégias de implementação do plano definido e a respetiva avaliação;

Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática - Inclui a implementação e operacionalização do plano definido, avaliação do processos, resultados e custos e, ancorada nesta análise, o desenvolvimento das conclusões e recomendações;

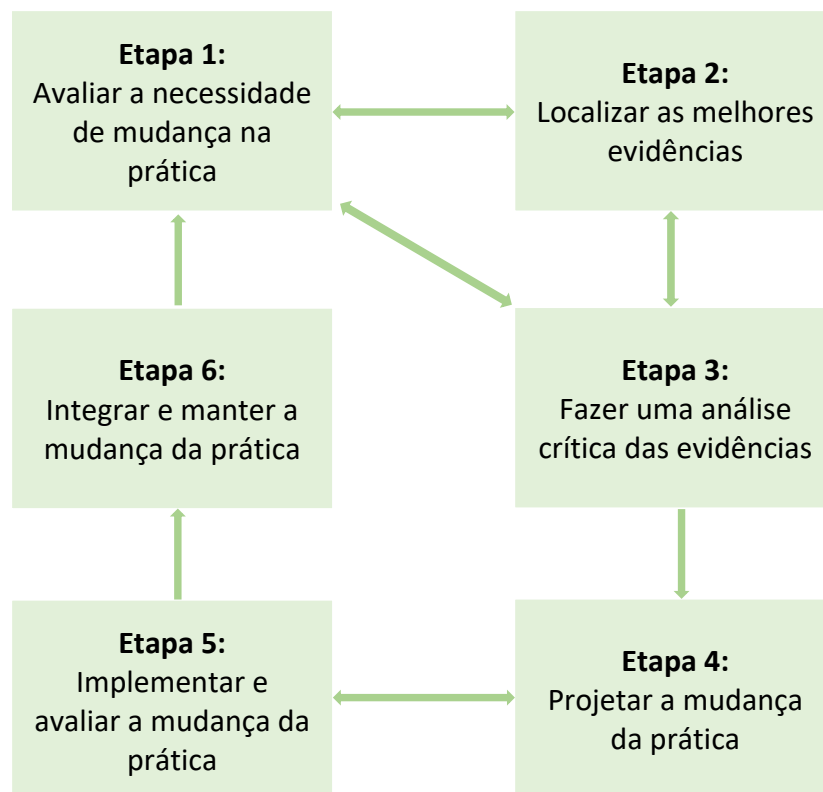
Etapa 6 – Integrar e manter a mudança na prática - inclui a comunicação da mudança às partes interessadas, integrar e implementar a nova prática associada a uma adequada monitorização de processo e resultados. Deve também incluir a disseminação dos resultados do projeto.

O MMPBE é um modelo teórico com eficácia comprovada no que respeita à implementação de modificações na prática clínica. No entanto, Larrabee ressalva que o sucesso na aplicação deste modelo requer a aquisição de competências por parte dos

enfermeiros, que os tornem capazes de operacionalizar os processos de mudança (Larrabee, 2011).

As etapas descritas por Larrabee (2011) não são estritamente lineares (Figura 1), apesar do caráter iminentemente progressivo pois, sempre que necessário, pode-se retomar a etapas anteriores atendendo a que “as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa” (Larrabee, 2011, p.37).

Figura 1 - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência



Fonte: Adaptado de Larrabee (2011)

O MMPBE já foi aplicado e amplamente testado em diversos contextos, constituindo-se como um instrumento válido para a orientação e resolução de problemas práticos e concretos. Releva-se, de entre os projetos referidos pela autora, face ao contexto onde foi implementada a IPM, aqueles que tiveram por base o doente crítico,

nomeadamente a avaliação da sedação no doente adulto em UCI, os cuidados de higiene oral no doente crítico, as estratégias para diminuir a contaminação de nutrição entérica e a utilização de solução salina antes da aspiração traqueal (Larrabee, 2011). Apesar da ampla aplicabilidade prática deste modelo, o seu sucesso é indissociável dos veículos promotores da mudança, os Enfermeiros, e das aprendizagens e aquisições de competências destes, para uma implementação capaz, ampla e sustentada da mudança (Larrabee, 2011).

Perante a análise do modelo acima citado, justifica a sua escolha como modelo teórico que orienta a IPM desenvolvida, pela sua aplicabilidade na prática clínica como na investigação, bem como a sua adequação ao contexto da prestação de cuidados ao doente crítico.

2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados

Segundo a Constituição da República Portuguesa, no n.º 3, alínea d), do artigo 64.º (Saúde), na defesa do direito à proteção da saúde, cabe ao estado “Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (Assembleia da República, 2005a: 4652).

Também a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, estabelece na Base 37, n.º 1, que para a avaliação permanente do SNS “Os programas, planos ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública devem estar sujeitos a avaliação de impacto, com vista a assegurar que contribuem para o aumento do nível de saúde da população” (Assembleia da República, 2019).

A qualidade em saúde é definida pela DGS (DGS 2015a), como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a

adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 16), sendo, no Plano Nacional da Saúde atualmente em vigor (Revisão e Extensão a 2020), um dos 4 eixos estratégicos. Este conceito apenas assumiu uma definição concreta e razoavelmente aceite por Avery Donabedian, nos anos 60, baseada na tríade resultados, processos e estrutura, ao qual se associaria a segurança, no final do século XX (Fragata, 2011).

O *Institute of Medicine* [IOM] (1990: 4), define qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente”.

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

Decorrente do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, foram plasmadas no ordenamento jurídico através do Despacho n.º 5613/2015, emanado pelo MS, onde se refere que a qualidade e segurança no sistema de saúde são imperativos éticos (MS, 2015b). De igual forma, Larrabee (2011) nota que a qualidade dos cuidados é uma premissa da responsabilidade ética associada aos cuidados em saúde, assumindo, de grosso modo, os princípios do modelo principialista para a bioética de Beauchamp e Childress (2001) na procura de atividade assistencial de alta qualidade. Corroborando esta afirmação, a OE (OE 2015b, 2017), transcreve as premissas fundamentais dos documentos citados em padrões de qualidade a serem observados, no que ao âmbito deste documento diz respeito, na prática profissional dos Enfermeiros Especialistas em EMC e em Enfermagem à PSC, enaltecendo a importância da qualidade em saúde e dando relevo ao papel do Enfermeiro Especialista para responder à maior exigência de padrões de qualidade em saúde e à gradual diversificação e aumento exponencial da complexidade das problemáticas em saúde (OE, 2015b).

A segurança e a qualidade dos cuidados são fatores indissociáveis, na medida em que a segurança é considerada imprescindível para que sejam prestados cuidados de qualidade (Internacional Council of Nurses [ICN],2012a).

A segurança, quando associada aos cuidados de saúde, pode ser definida como “redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável”, sendo que, “Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (DGS,2011: 14).

A publicação do relatório “*To err is human: building a safer health system*”, pelo IOM, em 1999, foi um marco importante para a sensibilização quanto à problemática da segurança do doente, na medida em que até então não se conheciam dados objetivos sobre o impacto dos erros médicos evitáveis (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Desde a publicação deste relatório, tem-se assistido a um movimento global focado na segurança do doente, como a génese de diversos organismos e a criação de inúmeras iniciativas de melhoria deste âmbito, de onde se salienta a *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004) e a declaração da Comissão Europeia “*Patient Safety – making it happen*” (2005), que assumem a segurança do doente como um objetivo estratégico, enumerando várias áreas de melhoria. De igual forma, também as sociedades científicas têm congregado esforços, nomeadamente no âmbito da Medicina Intensiva onde a ESICM, com a publicação da *Viena Declaration*, em 2009, elenca e assume como prioritário a investigação, prevenção, monitorização e operacionalização de medidas corretivas e preventivas, com o intuito de incrementar a segurança do doente (Moreno *et al.*, 2009), tendo já produzido diversas iniciativas e publicações, de onde se salienta a série de estudos multicêntricos *Sentinel Events Evaluation* (Valentin *et al.*, 2006; Valentin *et al.*, 2013) ou o interessante estudo de Garrouste-Orgeas *et al.* (2015), que se foca nas consequências da perceção do erro nos prestadores de cuidados de saúde.

Em Portugal, o Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que tem

como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Este Plano, alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, é dinâmico, podendo ser atualizado durante o seu período de implementação, de modo a permitir a sua adaptação às novas necessidades e desafios para a área da segurança do doente (Ministério da Saúde, 2021).

A promoção da segurança e qualidade dos cuidados envolve um vasto conjunto de ações, entre as quais, o investimento na formação dos profissionais no que diz respeito à gestão de risco e melhoria de desempenho, prática clínica segura e incorporação de conhecimento científico (ICN, 2012b). Contudo, apesar do desenvolvimento da ciência e crescente disponibilidade de informação, verifica-se ainda uma lacuna entre a evidência e a ação, o que justifica o investimento na mudança da PBE, por forma a minimizar tomadas de decisão com deficiente fundamentação, que poderão comprometer a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, através de variações na prática que se traduzem em cuidados desiguais e com menor eficácia e eficiência (ICN, 2012b).

2.2.3. Traqueostomia precoce no doente submetido a VMI

A entubação traqueal é realizada nos doentes que necessitam de manutenção artificial das vias aéreas. Pode ser através da via nasal (intubação nasotraqueal) ou através da cavidade oral (intubação orotraqueal), no entanto o mesmo pode acarretar diversas complicações entre elas lesões de mucosa. Desta forma a duração da ventilação mecânica está diretamente associada a uma série de complicações e ainda expor o doente a desenvolver a pneumonia associada ao ventilador (Antunes, et al., 2016).

A Traqueostomia é um procedimento invasivo para abertura artificial da traqueia (Silva & Urache, 2016), sendo que as indicações para a realização da traqueostomia, inclui a ventilação mecânica prolongada, necessidade de proteção das vias aéreas, dificuldade de desmame da ventilação mecânica, escala de Glasgow <8, de forma persistente, polineuropatia e obstrução das vias aéreas superiores (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020).

As principais complicações da traqueostomia incluem obstrução, decanulação acidental, hemorragia, enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, granuloma, traqueomalácia, infecção, colapso supraesternal, fístula e estenose (Pertussati, *et al.*, 2021).

Quando observado o risco aumentado de pneumonia associada à ventilação e danos laríngeos e traqueais graves de médio prazo, a traqueostomia enquadra-se como alternativa viável à intubação endotraqueal prolongada (Silva & Urache, 2016).

O doente que apresentar um prognóstico prolongado estará sujeito a um tempo maior no uso da ventilação mecânica invasiva, sendo que a maioria dos doentes com este prognóstico é submetido a cirurgia de traqueostomia. Ao substituir um tubo endotraqueal por um tubo de traqueostomia reduzimos o trabalho respiratório, melhora a libertação das secreções das vias aéreas, diminui o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica, permite redução da sedação, facilita o processo de desmame e alivia o trabalho respiratório (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020).

A definição do tempo de realização da traqueostomia para classificação como precoce ou tardia não é bem estabelecido. Há variações que consideram como precoce o procedimento realizado de 72 horas a 10 dias de intubação endotraqueal. No entanto, diversos autores consideram períodos para a traqueostomia tardia que se sobrepõem a esse intervalo, dificultando um parâmetro padronizado na literatura (Silva & Urache, 2016). Apesar de vários estudos indicarem os benefícios da traqueostomia em doentes críticos, o momento mais adequado para a sua realização ainda é controverso. A ventilação mecânica durante longo prazo é a situação mais comum para a qual a traqueostomia seja indicada (Pertussati, *et al.*, 2021).

2.2.4. Benefícios da traqueostomia precoce no doente submetido a VMI

Considerámos pertinente realizar uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre as vantagens da traqueostomia precoce no doente submetido a VMI. A revisão integrativa da literatura desenvolvida originou a elaboração de um artigo científico, cujo resumo é apresentado no Apêndice B.

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizada na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica, sendo fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade (Sousa *et al.*, 2017).

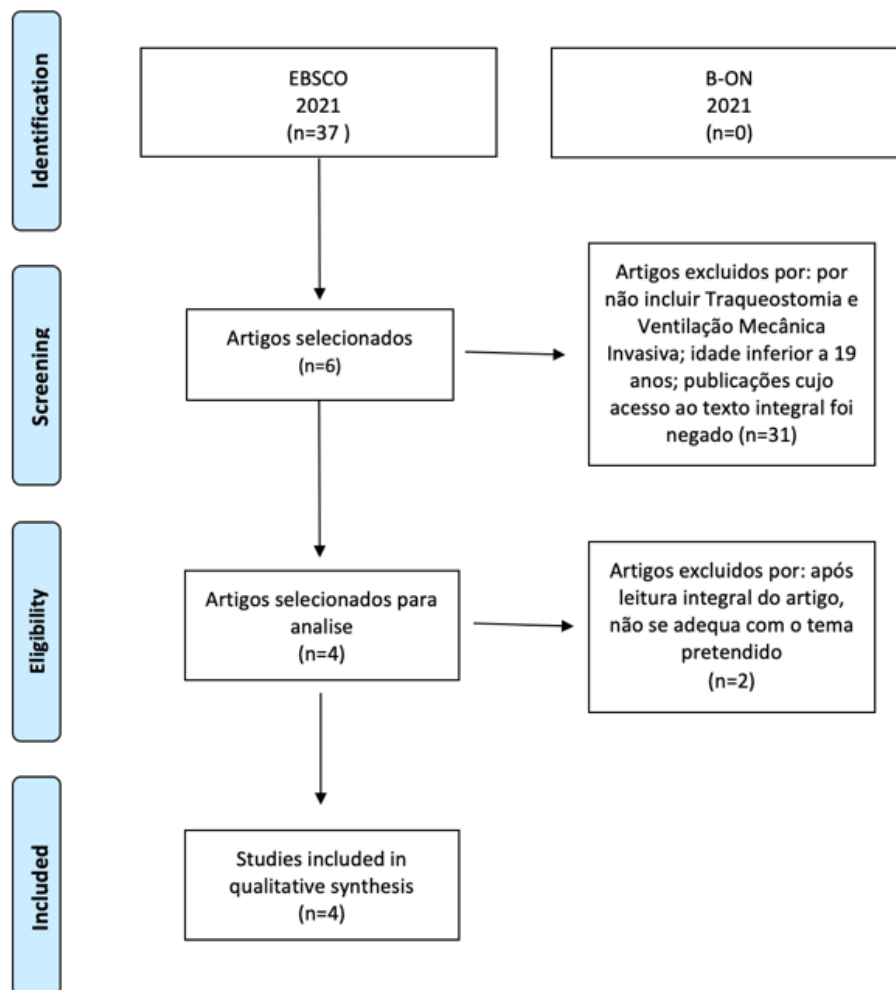
A pergunta de investigação, formulada através da estratégia PICO, foi: Quais as vantagens da traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva? Neste estudo os participantes (P) são os doentes adultos traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva, a intervenção (I) que diz respeito à traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva, ao contexto (C), unidades de cuidados intensivos ou doentes em situação crítica, e os resultados (*Outcomes*) relativo às vantagens encontradas na traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva.

A colheita de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2021 na plataforma EBSCOhost WEB onde se englobaram a Academic Search Complete, CINAHL® Complete, CINAHL® Plus with Full Text, MedicLatina e MEDLINE®, com recurso aos descritores MeSH, sendo os descritores e operadores booleanos combinados da seguinte forma: “*Nursing*” AND “*Critical Care*” AND “*Tracheostomy*” AND “*Invasive Mechanical Ventilation*”. Os critérios de inclusão definidos na pesquisa foram publicações de todos os idiomas, no período de 2010 a 2021 e disponíveis em texto integral, bem como estudos referentes à população adulta.

Da pesquisa elaborada resultaram 37 artigos. Numa primeira fase, procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva dos títulos, seguindo-se a leitura dos resumos e estudos encontrados.

Atendendo aos critérios de inclusão e à avaliação da qualidade metodológica estabeleceu-se uma amostra de 4 artigos. A figura 2 apresenta o procedimento de seleção dos artigos a analisar, segundo a metodologia PRISMA (Moher, Shamseer, & Clarke, 2015).

Figura 2 - Fluxograma de seleção de artigos



(Fonte: Adaptado de Moher, Shamseer, & Clarke, 2015)

Após a aplicação dos critérios, a amostra final integrou 4 artigos (Antunes, et al., 2016); (Silva & Urache, 2016); (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020); (Pertussati, et al., 2021). Da análise dos estudos obtidos, apresentam-se os resultados à luz da questão de investigação inicial e dos objetivos da presente revisão integrativa. De modo a facilitar a análise de cada artigo, optou-se pela identificação de todos os aspetos relacionados com o doente traqueostomizado submetido a ventilação mecânica precoce. A tabela 1 apresenta os estudos selecionados para análise.

Tabela 1 - Identificação dos estudos

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS				
Autor	Ano	País	Nível de evidência (JBI, 2003) – Desenho do estudo	Qualidade (JBI, 2017)
Antunes, <i>et al.</i>	2016	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo prospetivo	INCLUÍDOS ≥ 70% dos critérios
Silva & Urache	2016	Brasil	1.a – Experimental/Revisão sistemática de RCTs	
Mota, Rodrigues, & Souza	2020	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo retrospectivo	
Pertussati, <i>et al.</i>	2021	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo retrospectivo	

(Fonte: Do Próprio)

Nesta análise foram utilizados três estudos retrospectivos, que analisam processos clínicos de uma certa amostra e um estudo de revisão da literatura. Analisando os quatro estudos, percebemos que a média em dias da intubação orotraqueal até à traqueostomia são 10,5 dias no estudo de Antunes, *et al.*, (2016), 10,87 dias no grupo tardio e 4,7 dias

no grupo precoce no estudo de Mota, Rodrigues, & Souza (2020) e 11,2 dias no estudo de Pertussati, *et al.*, (2021).

Em relação à permanência com ventilação mecânica invasiva após realização de traqueostomia foi de 5,7 dias no grupo tardio e de 3,37 dias no grupo precoce no estudo de Mota, Rodrigues, & Souza (2020). No estudo de Silva, & Urache (2016) em relação ao tempo de ventilação mecânica, não foram observadas evidências que suportem a tecnologia analisada.

Quando analisamos a mortalidade após a colocação da traqueostomia no estudo de Antunes, *et al.*, (2016) observa-se que o risco de mortalidade se apresentou maior entre os doentes que não realizaram traqueostomia.

No estudo de Silva, & Urache (2016) foram observadas evidências de desfecho favorável leve para o uso de traqueostomia precoce relacionado à mortalidade. Já no estudo de Mota, Rodrigues, & Souza (2020) a estimativa de mortalidade nos doentes traqueostomizados de forma precoce é significativamente maior que no grupo em que a traqueostomia foi realizada após sete dias de intubação orotraqueal. O que sugere que os doentes mais graves normalmente são os eletivos ao procedimento de traqueostomia de forma precoce. Por fim no estudo de Pertussati, *et al.*, (2021) 40% dos doentes traqueostomizados foram óbitos, não havendo relação da traqueostomia precoce e/ou tardia.

O uso da traqueostomia precoce, segundo os artigos analisados poderá ter benefícios, em termos de segurança. No entanto, devido à dificuldade de análise em subgrupos específicos de doentes críticos e de tempo de intervenção, esta observação necessita de ser analisada cautelosamente.

Serão necessárias uma maior realização de pesquisas de ensaios clínicos randomizados, por forma a avaliar melhor as diferenças na retirada da ventilação mecânica entre doentes submetidos a traqueostomia precoce e tardia em doentes críticos e determinar o tempo exato de traqueostomia precoce e tardia, para uma melhor exatidão, devido à variação de dias na metodologia estudada.

2.3. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação consiste na primeira etapa da metodologia de projeto, na qual se pretende “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”. Trata-se de um processo dinâmico, que requer atualizações constantes, mediante as mudanças que ocorrem no decorrer do projeto, bem como os obstáculos que podem surgir (Ruivo *et al.*, 2010: 10). Esta etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, partilha com o MMPBE, na sua etapa inicial, o objetivo de reconhecer, quantificar, caracterizar e validar o problema ou a necessidade de mudança, através da colheita de dados significativos e comparação com dados externos (Larrabee, 2011).

Deste modo, no início do estágio final na UCI, aquando da consulta das normas de orientação clínica e protocolos em vigor e de conhecer os projetos de melhoria da qualidade que decorriam na unidade, em entrevista não estruturada com a enfermeira orientadora, detetámos que a norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia se encontrava desatualizada. Por isso, tendo em consideração a importância da uniformização de procedimentos nos cuidados à pessoa traqueostomizada, para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa traqueostomizada sob VMI, concentrámo-nos na temática acima mencionada.

Por forma a analisar o potencial da IPM, foi elaborada uma análise *SWOT* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) que, de acordo com Ruivo *et al.* (2010), é um dos métodos mais utilizados para a elaboração de diagnósticos, conforme apresentado na Tabela 2. Esta análise promoveu a reflexão sobre os vários fatores que podiam interferir no prosseguimento da IPM, através do confronto entre aspetos positivos e negativos, tendo contribuído uma abordagem mais pragmática na definição de objetivos e planeamento de atividades, nas fases posteriores.

Tabela 2 - Análise SWOT

FATORES POSITIVOS			
FATORES INTERNOS	Forças	Oportunidades	FATORES EXTERNOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar com interesse e motivação na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. • Qualidade dos cuidados prestados. • Ausência de custos do projeto • Fornecer aos doentes cuidados que satisfaçam as suas necessidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformizar os cuidados de enfermagem aos doentes com traqueostomia • Incentivo à prática baseada em evidência 	
	Fraquezas	Ameaças	
	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação da equipa de enfermagem, no contexto pandémico e da instabilidade contratual e da estagnação da progressão na carreira. • Formação a ser realizada fora do horário laboral • Falta de incentivo à participação nas ações formativas • Resistências da equipa multidisciplinar à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança estrutural e organizacional do serviço. • Limitação dos recursos humanos e materiais. 	
FATORES NEGATIVOS			

2.4. Objetivos

Os objetivos definem a orientação do trabalho na medida em que o objetivo geral é mais abrangente visando o todo; os objetivos específicos como o nome indica são mais precisos, direcionais e operacionais (Ruivo *et al.*, 2010).

Desta forma, partindo do problema e da necessidade previamente identificada a partir da etapa do diagnóstico de situação, definimos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa traqueostomizada sob VMI na UCI.

Por forma a promover objetividade ao enunciado geral, tornando-o concreto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Atualizar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;
- Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;
- Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;
- Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.
- Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.

2.5. Planeamento e Execução

O Planeamento (Apêndice A) foi realizado tendo por base os objetivos, as atividades e as estratégias a desenvolver com vista à consecução dos objetivos preconizados, articulando os recursos humanos, materiais, temporais, tendo como suporte os indicadores/critérios de avaliação referenciados no Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). As atividades e estratégias adotadas devem estar em consonância com o tema, a pertinência do mesmo, e com os destinatários (Ruivo *et al.*, 2010).

A etapa conseqüente da metodologia de projeto é a etapa do planeamento, que consiste na conceção de um plano estruturado e detalhado, visando a concretização dos objetivos previamente definidos, determinando-se as estratégias a serem utilizadas e atividades a serem desenvolvidas, cruzando com os recursos e meios disponíveis, fazendo uma necessária análise aos potenciais condicionantes e limitações externas ao projeto (Miguel, 2019; Ruivo *et al.*, 2010). De igual forma, é também delineado o cronograma, necessariamente adaptável e dinâmico (Fortin, 1999; Ruivo *et al.*, 2010), encarando-se o planeamento como a preparação objetiva, cruzando os objetivos com os recursos e mitigando as possíveis condicionantes (Issel, 2014).

A etapa de execução consiste na implementação do plano projetado, ou seja, no prosseguimento prático do mesmo, através da materialização das atividades e estratégias previamente arquitetadas. Esta etapa, embora assuma um caráter extremamente exigente, revela-se gratificante e proveitosa para os participantes, nomeadamente, no que que respeita à aquisição de aprendizagens e desenvolvimento de competências (Ruivo *et al.*, 2010).

Referimos ainda que, nestas fases da metodologia de projeto, constata-se uma aproximação às etapas 2, 3 e 4 do MMPBE, em que se procede à seleção das estratégias a utilizar, identificação e síntese das evidências disponíveis e definição da mudança de proposta (Larrabee, 2011).

Seguidamente procedemos à análise sucinta das atividades desenvolvidas com as quais foram atingidos os respetivos objetivos específicos.

Objetivo específico 1 - Atualizar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de uma proposta de norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Consulta de diretrizes e estudos relevantes sobre os cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Discussão da proposta de norma com a enfermeira e professora orientadoras;

- Revisão da proposta de norma com a enfermeira orientadora e coordenadora;

- Formulação da proposta final de norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado.

Recursos Humanos: estudante, professora orientadora; enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da UCI

Recursos materiais e tecnológicos: Bibliografia diversa, internet, base de dados científicas e computador.

A construção da norma de “Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI” foi apoiada pelas necessidades manifestada pela enfermeira orientadora apoiada pela equipa de enfermagem de forma informal. Desta forma, foi sustentada pela pesquisa bibliográfica atual em base de dados eletrónicas científicas e credíveis com recurso a palavras-chave; consultado o manual de normas de procedimento de enfermagem do hospital de forma a elaborar um documento uniforme. Com base na literatura consultada foi elaborada uma proposta de norma que foi submetido à apreciação de peritos (Enf.ª orientadora e Prof.ª orientadora).

Objetivo específico 2 - Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;

Atividades e estratégias planeadas:

- Divulgação da proposta de norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Elaboração da apresentação de apoio ao momento formativo;

- Aplicação de um questionário para a avaliação do momento formativo, previamente construído para o efeito;

Recursos Humanos: estudante, professora orientadora; enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da UCI

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação da UCI; Material Audiovisual da sala de formação da UCI; Computador;

A divulgação da norma de “Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI” foi apoiada pelas necessidades manifestada pela enfermeira orientadora apoiada pela equipa de enfermagem de forma informal. Desta forma, foi divulgada à equipa de enfermagem a proposta de norma e posteriormente colocada na pasta informática, para consulta de todos os profissionais de saúde do serviço de UCI.

Objetivo específico 3 - Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaboração de um plano de sessão do momento formativo;

- Elaboração da apresentação de apoio ao momento formativo;

- Calendarização do momento formativo para apresentação sobre a segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado;

- Divulgação do momento formativo;

- Realização do momento formativo para a apresentação sobre a segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Aplicação de um questionário para a avaliação do momento formativo, previamente construído para o efeito;

- Revisão e validação da proposta final junto da estrutura de gestão da UCI (enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora) e por parte da professora orientadora.

Recursos Humanos: estudante, professora orientadora; enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da UCI

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação da UCI; Material Audiovisual da sala de formação da UCI; Computador;

O enfermeiro tem a responsabilidade de procurar o caminho da excelência, desenvolvendo e baseando as suas competências na prática do seu exercício profissional, mas também, investindo na formação especializada, tendo por base um dos princípios gerais da profissão de enfermagem, descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78.º alínea e), “a competência e o aperfeiçoamento profissional”. Investir na atualização e validação das suas competências, através da aquisição de novos conhecimentos, aumenta desta forma, a qualidade dos cuidados prestados.

O respetivo objetivo surgiu da necessidade de investimento na formação da equipa de enfermagem nesta área, confirmada com a enfermeira orientadora e coordenadora da UCI e conseqüentemente com a equipa de enfermagem de forma informal. Este objetivo foi atingido com a realização da formação em serviço intitulada “Cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado” (Apêndice F), no dia 27 de janeiro de 2022.

Antes da apresentação da formação foi elaborado o respetivo plano da sessão (Apêndice D) e procedido à sua divulgação.

Para a consecução deste objetivo recorreremos à pesquisa bibliográfica atual sobre cuidados de enfermagem ao cliente com traqueostomia sob VMI, em base de dados eletrónicas científicas, com recurso a palavras-chave, artigos e livros. Os conteúdos da formação foram sujeitos a apreciação e validação com a Enf.^a Orientadora e Professora Orientadora, tendo sido necessário proceder a alterações que contribuíram para um melhor e satisfatório resultado final.

Objetivo específico 4 - Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de um instrumento de auditoria sobre a norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Consulta de instrumentos de auditoria clínica;

- Discussão da proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma com a enfermeira e professora orientadoras;

- Revisão da proposta de instrumento de auditoria clínica sobre norma com a enfermeira orientadora e coordenadora;

- Formulação da proposta final do instrumento de auditoria clínica sobre norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado.

Recursos Humanos: estudante, professora orientadora; enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da UCI

Recursos materiais e tecnológicos: Bibliografia diversa, internet, base de dados científicas e computador.

A construção do instrumento de auditoria clínica sobre a norma de “Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI” foi apoiada pelas necessidades

manifestada pela enfermeira orientadora apoiada pela equipa de enfermagem de forma informal. Desta forma, foi sustentada pela pesquisa bibliográfica atual em base de dados eletrónicas científicas e credíveis; consultado o manual de normas de procedimento de enfermagem do hospital e de normas da DGS de forma a elaborar um documento uniforme. Com base na literatura consultada foi elaborada uma proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma que foi submetido à apreciação de peritos (Enf.ª orientadora e Prof.ª orientadora).

Objetivo específico 5 - Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.

Atividades e estratégias planeadas:

- Divulgação do instrumento de auditoria sobre a norma de atuação nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

- Elaboração da apresentação de apoio ao momento formativo;

Recursos Humanos: estudante, professora orientadora; enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da UCI

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação da UCI; Material Audiovisual da sala de formação da UCI; Computador;

A divulgação do instrumento de auditoria clínica sobre a norma de “Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI” foi apoiada pelas necessidades manifestada pela enfermeira orientadora apoiada pela equipa de enfermagem de forma informal. Desta forma, foi divulgada à equipa de enfermagem o instrumento de auditoria clínica sobre a norma de “Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI” e posteriormente colocada na pasta informática, para consulta e aplicação de todos os profissionais de saúde do serviço de UCI.

2.6. Avaliação e Resultados

Segundo (Ruivo *et al.*, 2010, p. 26), “avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente”. Na metodologia de projeto, a avaliação constitui-se um processo contínuo, uma vez que a avaliação do processo se revela tão importante quanto a avaliação do produto final. Reconhecem-se assim dois momentos distintos, a avaliação do processo e a avaliação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010), o que vai ao encontro da etapa 5 do MMPBE (Larrabee, 2011). Este sistema ostenta alguma complexidade e contempla as vertentes de análise e reflexão a respeito da execução (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim, a análise dos objetivos, das atividades e estratégias a eles subordinados realizar-se-á recorrendo aos indicadores previamente definidos.

Objetivo específico 1 - Atualizar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;

Indicadores de Avaliação: Criação de uma proposta de norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI.

Como descrito no ponto 2.5. do presente documento, foi possível a criação de proposta de norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia (Apêndice C), que foi colocada à consideração da enfermeira orientadora e professora orientadora, cujas sugestões e adições foram integradas na proposta, a qual foi validada pela enfermeira coordenadora da UCI. No âmbito académico, a referida proposta de norma mereceu também a aprovação por parte da professora orientadora.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

Objetivo específico 2 - Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI;

Indicadores de Avaliação: Divulgação da proposta de norma à equipa de enfermagem e peritos.

Foi possível a divulgação da proposta de norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI, que foi colocada na pasta informática, para consulta e aplicação de todos os profissionais de saúde do serviço de UCI.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

Objetivo específico 3 - Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI;

Indicadores de Avaliação: A validação da formação por peritos; O plano de sessão e divulgação da formação na UCI; A apresentação da formação em slides no programa informático PowerPoint; Avaliação e posterior discussão da formação com os formandos.

Como descrito no ponto 2.5. do presente documento, foi possível a realização da formação aos enfermeiros da UCI sobre os cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI (Apêndice F), que foi colocada à consideração da enfermeira orientadora e professora orientadora, cujas sugestões e adições foram integradas na proposta, a qual foi validada pela enfermeira coordenadora da UCI. No âmbito académico, a referida apresentação da formação mereceu também a aprovação por parte da professora orientadora.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

Objetivo específico 4 - Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.

Indicadores de Avaliação: Criação de uma proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado sob VMI.

Como descrito no ponto 2.5. do presente documento, foi possível a criação de proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI (Apêndice D), que foi colocada à consideração da enfermeira orientadora e professora orientadora, cujas sugestões e adições foram integradas na proposta, a qual foi validada pela enfermeira coordenadora da UCI. No âmbito académico, a referida proposta de instrumento de auditoria clínica mereceu também a aprovação por parte da professora orientadora.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

Objetivo específico 5 – Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI.

Indicadores de Avaliação: Divulgação do instrumento de auditoria clínica à equipa de enfermagem e peritos.

Foi possível a divulgação do instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI, que foi colocada na pasta informática, para consulta e aplicação de todos os profissionais de saúde do serviço de UCI.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No enquadramento concetual emanado pela OE, o Enfermeiro especialista é definido como sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE 2019, p. 4744). A aquisição e desenvolvimento destas competências não se restringe a um aglomerar de habilidades técnicas, exigindo a integração de uma multiplicidade de conhecimentos, estruturados “numa interligação entre conhecimento investigado e sistematizado – o conhecimento público, e os saberes da experiência, da intuição, da sensibilidade, da resposta imediata e altamente contextualizada - o conhecimento privado” (Queirós, 2016:144), que se congregam em espiral hermenêutica, onde “o retorno nunca é ao ponto de partida” (Queirós, 2014:780).

Desta forma, neste terceiro capítulo do Relatório de Estágio, objetiva-se uma descrição, análise e reflexão do trabalho desenvolvido na UC Estágio Final, com vista a adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na vertente a PSC, assim como as competências inerentes à aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem. Neste contexto, é indispensável a descrição das competências do Mestre em Enfermagem, as quais se encontram plasmadas no pedido de acreditação no novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), contextualizada no ordenamento legislativo sobre os graus académicos do Ensino Superior, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2006) e a sua republicação mais recente, o Decreto-Lei n.º 65/2018 (MCTES, 2018).

O Mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (UE, 2015: 27)

Considerando o carácter transversal e complementar das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas para o EEEPSC relativamente às competências conducentes ao grau de Mestre, já descritas neste capítulo, opta-se por uma abordagem conjunta destas, em termos de descrição, análise e reflexão, quando assim for conveniente e congruente.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

As competências comuns do EE, definidas como “competências, partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2019, p. 4745), abrangem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. São coerentes com os domínios estabelecidos no perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, os quais devem ser aprofundados na prática especializada e, embora partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, pretende-se que sejam desenvolvidas na área específica de especialização.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 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;

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

Ao longo do estágio final considerámos fundamental proceder à revisão dos documentos reguladores da profissão, nos quais se encontram intrínsecos os princípios éticos a que devemos considerar. No entanto, não podemos iniciar a reflexão sobre as competências acima citada sem referir as matérias abordadas na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, que foram essenciais para a compreensão e enquadramento das várias dimensões da responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem, nomeadamente, a responsabilidade profissional e disciplinar, consagrada pelo REPE e pela Deontologia Profissional, a responsabilidade civil, inerente ao código civil e a responsabilidade penal, que se baseia no código penal em vigor, ao qual estamos igualmente sujeitos.

Segundo o REPE, Artigo 8.º, ponto 1, “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996: 2961), neste sentido, surge o Código Deontológico dos Enfermeiros, integrado no Estatuto da OE, publicado pela primeira vez em 1998, que vigora atualmente pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, concretamente no Capítulo VI - “Deontologia Profissional”, constituindo-se o modelo de autorregulação profissional, aplicável a todos os enfermeiros membros da OE (AR, 2015).

A deontologia, encarada como a enunciação de um “dever ser profissional”, pode ser definida como um conjunto de normas respeitantes a uma determinada profissão, que pretendem definir as boas práticas, tendo em consideração as particularidades da

profissão (Conselho Jurisdicional da OE, 2015). Embora a deontologia da profissão de enfermagem tenha inerentes princípios éticos, a ética vai mais além, uma vez que se fundamenta no que cada um de nós traz dentro de si, está dependente de nós próprios e, quando aplicada aos cuidados de enfermagem, envolve um encontro intersubjetivo, “implica um nível de compreensão do outro que supera o conhecimento da sua presença física” (Renaud, 2010: 4).

Atendendo a que o doente crítico, classicamente definido como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM, 2008, p. 8), que os cuidados prestados à PSC requerem uma “atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015, p.188). Logo, a complexidade referente à prestação de cuidados à PSC, com os procedimentos técnicos relativos ao suporte de órgãos, dos quais depende a vida da pessoa, os profissionais por vezes focam-se mais na dimensão física e menos na humanização dos cuidados.

No entanto, segundo o Artigo 109.º da Deontologia Profissional, alusivo à excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (AR, 2015: 8080). Utilizámos este artigo supracitado como base na vertente técnica durante o estágio final e na vertente humana, por forma a oferecer cuidados holísticos e centrados na pessoa, atendendo à Deontologia Profissional que, no n.º 3 do Artigo 99.º, estabelece como princípio orientador da atividade dos enfermeiros “O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;” (AR, 2015: 8102), que remete para o valor da dignidade humana, que define o homem como um fim em si mesmo (Kant, 2007:1785).

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica enquadrados nas responsabilidades profissionais, com a preocupação pelos direitos humanos e considerando os princípios éticos, da beneficência, não-maleficência, justiça e

autonomia. Não obstante, é frequente na PSC algum grau de disfunção cognitiva, intrínseca à patologia que motivou o internamento ou às comorbilidades associadas, secundária ao tratamento ou consequência de fármacos depressores de estado de consciência, determinando que esta tenha a sua autonomia alterada ou diminuída, estimando que cerca de 95% das pessoas a experienciar doença crítica aguda não estão capazes de realizar escolhas autónomas (Giacomini *et al.*, 2009). Assim, a humanização é mantida, em parte, pelo respeito pela autonomia, consultando as diretivas antecipadas de vontade, quando estas existem, ou, de forma mais comum, recorrendo à reconstrução desta em cooperação com as pessoas significativas (Grignoli *et al.*, 2018).

A relação de ajuda subjacente aos cuidados de enfermagem, que se torna particularmente complexa por não existir interação com a pessoa, contudo “o que a relação requer é presença, digamos assim – requer que o outro permaneça e que, ao mesmo tempo permaneça o Outro” (Nunes, 2016b: 11). Assim, acreditamos que, através da aplicação dos princípios éticos e deontológicos, fomos capazes de preservar a relação de ajuda perante a pessoa incapaz de interagir, obedecendo aos valores universais que devem estar presentes na relação profissional, sendo eles “a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha e tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” (AR, 2015: 8078).

Ao longo do estágio final surgiram algumas questões sobre a autonomia, dignidade e decisões de fim-de-vida, transmissão da informação clínica e comunicação de más notícias, que carecem de competências no domínio da responsabilidade profissional, ético e legal e contribuíram para a aquisição e desenvolvimento destas. Importa revelar, que a enfermeira orientadora foi uma referência no contexto clínico nesta área.

No âmbito académico, foi submetido um resumo do projeto de estágio para validação e aprovação por parte da Instituição do Ensino Superior que, nesta edição do Mestrado em Enfermagem, detém a responsabilidade da gestão administrativa e

pedagógica, tendo dado parecer favorável ao tema, plano de trabalho correspondente e respetivos orientadores.

Para além das questões supracitadas, com a pandemia COVID 19, surgiram a questão da solicitação de informações por telefone, pelo facto da proibição das visitas no hospital. Quando tal acontece, devemos ter presente que a identidade do interlocutor não pode ser comprovada e que através da comunicação telefónica é difícil validar a compreensão e o impacto da informação transmitida. De acordo com o Artigo 109.º da Deontologia Profissional (AR, 2015: 8080), “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício”, devendo assumir o dever de “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”. Sempre que seja possível e que o cliente consinta, este pode ser colocado em contacto direto com quem solicita a informação e escolher a informação que quer revelar (Conselho Jurisdicional da OE, 2008). Nestes casos optámos por perguntar ao doente se queria ou não revelar informação, envolvendo-o na tomada de decisão, e no caso do seu estado de saúde não o permitir demonstrar a sua vontade, decidimos não transmitir informação por telefone, uma vez que não era possível identificar o interlocutor.

Estas questões remetem-nos também para o dever de sigilo explanado no n.º 1, do Artigo 106.º, da Deontologia profissional, o qual advém do direito do doente a “ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”, como consagrado na Lei n.º 95/2019- Lei de Bases da Saúde (AR, 2019, p. 63), o qual cumprimos impreterivelmente no exercício profissional.

Concluindo, consideramos ter desenvolvido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

A OE, reflexo da autonomia e autorregulação própria da profissão, criou vários documentos normativos e vinculativos, tendo a qualidade em saúde e a segurança do doente como conceitos implícitos e omnipresentes. Releva-se, dos vários documentos, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), e, alicerçado neste, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015b), documento este que confere uma importância adicional ao EEEPSC, como se atenta no preâmbulo do mesmo. Neste

âmbito, consideramos pertinente a revisão destes dois documentos, que regulam e orientam para prática especializada em Enfermagem.

De igual forma, numa perspetiva de maior abrangência, revimos também Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015a), o Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2021) e os vários documentos que compõem a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (MS, 2015b). Para uma melhor análise e reflexão das competências supracitadas, foram mobilizados os conteúdos lecionados e os conhecimentos adquiridos nas UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica.

Segundo Backes, Erdmann & Buscher (2015), as UCIs, como contexto de cuidado à PSC, são consideradas ambientes de elevada complexidade, devido ao caráter urgente das intervenções, à utilização de múltiplos meios tecnológicos e de procedimentos extremamente invasivos, dos quais depende a sobrevivência da pessoa. Atendendo ao caráter urgente das intervenções a desenvolver no cuidado à PSC, em que é necessário estar desperto para a deteção de complicações e ser capaz de agir a qualquer momento, para além termos investido na pesquisa constante, o que impulsionou uma PBE, empenhámo-nos em conhecer os protocolos e normas instituídos na UCI e em aprender a manusear os equipamentos com os quais não estávamos familiarizados, o que se revelou fundamental para uma prestação de cuidados adequada e em tempo útil.

De igual forma, procurámos familiarizarmo-nos com os demais recursos, materiais e humanos, com os processos de organização, gestão e produção de cuidados, com as valências clínicas disponíveis e os projetos em curso que versam sobre a melhoria contínua da qualidade.

Durante o estágio final houve um investimento na manutenção de um ambiente seguro, atuando preventivamente na identificação e gestão de potenciais riscos para a segurança do doente. A título de exemplo, procedeu-se à aplicação da Escala de *Braden* para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e, mediante a avaliação efetuada, agimos em conformidade, através da adequação da frequência dos

posicionamentos do doente e planeamento de intervenções preventivas no processo de enfermagem. Como também a aplicabilidade da escala de Morse para avaliação do risco de queda.

Em relação à prevenção das IACS, mantivemo-nos atualizados sobre as normas de boas práticas em vigor, o que se refletiu numa prática de cuidados em conformidade com as mesmas e na partilha de informação com a equipa, perante a qual nos empenhámos em reforçar as boas práticas.

Realizámos também auditorias clínicas, no âmbito de um projeto de melhoria da qualidade em curso, orientado para a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, cateter venoso periférico e cateter vesical no qual a enfermeira orientadora faz parte do grupo de trabalho.

Importa realçar a importância das intervenções acima mencionadas, dado que as quedas, as úlceras por pressão e as IACS constituem-se indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, refletindo a qualidade dos mesmos.

Considerando a transição segura de cuidados, através da elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, bem como da utilização, nos momentos de passagem de turno, de uma ferramenta de suporte à informação, elaborada com base na mnemónica ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017b), instituída na UCI.

As competências acima mencionadas, foram igualmente demonstradas através do desenvolvimento da IPM, em que reconhecemos uma oportunidade de melhoria e desenvolvemos um projeto que foi aprovado pela instituição, tendo em vista a incrementação da qualidade dos cuidados prestados ao doente traqueostomizado sob VMI, através da implementação de práticas baseadas em evidências, da fomentação do cumprimento de normativas nacionais em vigor e da promoção da continuidade e segurança dos cuidados, através da otimização dos registos de enfermagem.

Assim, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da melhoria da qualidade, bem com a competência de mestre supracitada.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 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;

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

A gestão dos cuidados é uma competência essencial do Enfermeiro, para que estes sejam adequados, equitativos e proporcionais, mas, por inerência, na prestação de cuidados especializados, carecem de uma abordagem mais global, complexa e profunda. Espera-se assim que o Enfermeiro Especialista, para além da gestão da prestação direta de cuidados, realize “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019a, p. 4748). Deste modo, o Enfermeiro Especialista, especialmente o EEEPS, pela

complexidade do seu percurso formativo e do contexto profissional onde desenvolve a sua prática, é o responsável pela gestão de cuidados dentro e fora da equipa que gere.

Por forma a desenvolver as competências supracitadas, no decorrer do estágio final, considerámos pertinente proceder à observação e análise das funções assumidas pelo enfermeiro responsável de turno, uma vez que atribuição desta função “compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional mais bem preparado e com competências para a área de gestão” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017: 2).

A enfermeira orientadora é chefe de equipa na UCI, assumindo assim a função de responsável de turno. Deste modo, colaborámos na distribuição da carga de trabalho, minimizando e distribuindo de forma equitativa a mesma. Portanto, uma das principais tarefas do Enfermeiro responsável de turno, é a gestão dos cuidados observando os recursos humanos disponíveis.

A enfermeira responsável de turno tem uma responsabilidade acrescida no que concerne à prática de cuidados, pois, de forma geral, é considerado como referência para os restantes enfermeiros, é o elemento a quem recorrem perante o surgimento de uma dúvida ou dificuldade. Entendemos assim que, assume um papel preponderante no nível de qualidade dos cuidados que a equipa presta, através do exemplo demonstrado e da capacidade de resposta perante as solicitações da equipa, o que requer que detenha um elevado core de conhecimentos e competências, quer de ordem técnica e científica, quer relativos às relações humanas.

Como refere a OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225), participamos, de forma ativa, na delegação de tarefas nos profissionais funcionalmente dependentes, observando as competências e capacidades do profissional em quem se delega a tarefa, supervisionando e orientado quando necessário, garantindo assim a manutenção da segurança e qualidade.

Ao longo de estágio final houve colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar, aspeto relacionado com a gestão de cuidados. Durante o estágio procurámos participar nos processos de tomada de decisão, demonstrando a nossa perspetiva fundamentada e disponibilizando assessoria aos enfermeiros e restantes elementos da equipa.

O desenvolvimento da IPM subjacente exigiu da nossa parte competências de gestão, manifestadas pela identificação e otimização dos recursos disponíveis, articulação com os diversos recursos humanos intervenientes e cumprimento do cronograma estabelecido na fase de planeamento.

Ao longo das situações vivenciadas no contexto clínico, consideramos que, na gestão dos cuidados, devem ser potenciadas as aptidões e competências de cada elemento da equipa, contribuindo para o desenvolvimento de relações interpessoais e profissionais estáveis, em prol de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados centrada nas necessidades do doente.

Embora não tenha sido possível exercer, de forma autónoma, funções que impliquem gestão e liderança, enquanto discente, julgamos ter desenvolvido as competências inseridas neste domínio, recorrendo à observação, análise e reflexão crítica.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

A evolução pessoal e conseqüentemente profissional é indissociável e potenciada pelo conhecimento de nós próprios, das nossas limitações e competências. Se não formos

capazes de reconhecer as nossas limitações, elas permanecem connosco, porque não agimos por forma a ultrapassá-las.

A auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante quem nós somos, como somos e o que precisaríamos fazer para melhor nos atualizarmos (Phaneuf, 2005, p. 177).

Desde o início do estágio que foram identificadas algumas áreas em que assumimos ter menos preparação, como foi o exemplo no manuseamento e prestação de cuidados aos doentes sob técnica dialítica, por forma a desenvolver competências nessa área, solicitámos que nos fossem atribuídos doentes desse foro. As estratégias utilizadas fomentaram a nossa evolução enquanto profissionais e, gradualmente, a limitação inicialmente identificada foi colmatada.

Pretendendo uma gestão de forma eficiente de sentimentos e emoções para uma resposta condigna (OE, 2019b), reconhecemos que a experiência profissional nos ajudou e dotou de algumas estratégias para minimizar a influência dos sentimentos e emoções nas situações de maior pressão e/ou situações promotoras de conflitos.

Para o desenvolvimento desta competência, contamos com a contribuição da UC Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, onde fomos estimulados a refletir sobre o eu e sobre as vivências passadas, que influenciaram a nossa forma de ser e de estar enquanto profissionais.

Pela fundamentação explanada, ao qual se adiciona evidentemente o desenvolvimento e amadurecimento proporcionado pela experiência profissional, consideramos ter adquirido a competência em análise.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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

A prestação de cuidados ao doente crítico exige um incremento perseverante dos conhecimentos, pelo que, ao longo do estágio, houve necessidade de atualização constante, através da pesquisa das melhores evidências disponíveis, da revisão dos documentos reguladores da profissão, das políticas de saúde em vigor e das matérias abordadas ao longo do curso de mestrado, por forma a exercer uma PBE, entendida como o exercício profissional fundamentado na melhor evidência científica, nos saberes decorrentes da experiência prática e nos valores do doente (Larrabee, 2011).

A enfermagem é compreendida como a arte e a ciência do cuidar, abrangendo cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados numa relação interpessoal (Moniz, 2003).

“Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a aperfeiçoar as suas competências” (Ruivo et al., 2010 p. 35). É esperado dos profissionais de enfermagem uma prática baseada na evidência, que é definida pela tomada de decisão fundamentada pela investigação mais recente, contribuindo para intervenções clínicas apropriadas e conseqüentemente com maior segurança e qualidade nos cuidados.

A realização da IPM promoveu o desenvolvimento das competências acima mencionadas, uma vez que, entre as linhas estratégicas desenvolvidas constou a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, que possibilitou a construção de uma proposta de norma clínica e o seu instrumento de auditoria, fundamentados na evidência científica e adaptado à realidade da UCI. A revisão integrativa realizada foi estruturada em forma de artigo científico, delimitando a disseminação da investigação e a PBE. Os conhecimentos adquiridos na UC Investigação em Enfermagem foram fundamentais para o desenvolvimento de competências neste campo.

Com o intuito de divulgar os instrumentos desenvolvidos, nomeadamente, a proposta de norma e o seu instrumento de auditoria clínica relacionados com os cuidados ao doente traqueostomizado, consistiu na realização de sessões formativas.

Para além das sessões formativas acima mencionadas, elaborámos também uma sessão de formação ao longo do estágio final sobre “Plasmaferese – Intervenção Especializada de Enfermagem” (Apêndice F). Esta sessão foi uma proposta da enfermeira coordenadora da UCI, por ter sido realizada pela primeira vez esta técnica no serviço da UCI.

Salientamos que, desde o início da nossa atividade profissional, participamos ativamente na formação em serviço como formando e como formador.

Por fim, acreditamos que as competências supracitadas foram alcançadas.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem

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

Com a atualização recente do documento normativo que regula as Competências do Enfermeiro Especialista em EMC (OE, 2018), com a criação de áreas específicas que, segundo a (OE, 2018), se justificam pela abrangência da EMC, assim como a necessidade de especificar competências em áreas emergentes de cuidados, inclusas na EMC, serão apenas alvo de descrição e análise reflexiva as competências específicas do EEEPSC.

Assim, preconiza-se que o EEEPSC, para além das competências comuns, detenha o seguinte perfil de competências específicas:

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

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

- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p.19359).**

Considerando as competências supracitadas, o EEEPSC “assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português”, sendo reconhecido como elemento fundamental “na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica.” (OE, 2015b: 17241).

Prosseguiremos abaixo com a análise reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEEPSC, as quais se relacionam estreitamente com as competências de Mestre determinadas para o presente curso de mestrado.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

A PSC “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” (OE, 2018, p.19362), incorporando o conceito

com a definição mais amplamente usada, emanada pela (OM 2008), já anteriormente citada. Entendendo-se os cuidados à PSC como “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” (OE, 2018, p. 19362), é exigido, do EEEPSC, a mobilização de uma multiplicidade de conhecimentos e competências, para uma prestação de cuidados, de forma atempada, proporcional, individual e holística (OE, 2018).

No decorrer do estágio final, demonstrámos competências na identificação rápida e resposta antecipatória perante focos de instabilidade, as quais foram adquiridas durante a nossa prática profissional e incrementadas durante o estágio, através da reflexão constante e utilização de conhecimentos desenvolvidos, durante a vertente teórica do curso de mestrado. Como tal, na avaliação e monitorização contínua do doente crítico, colocámos em prática a abordagem ABCDE (*Airway* – permeabilização da via aérea; *Breathing* – ventilação e oxigenação; *Circulation* – assegurar a circulação com controlo da hemorragia; *Disability* – disfunção neurológica; *Exposure* – exposição), que permite uma avaliação sistematizada do doente, bem como a definição de prioridades na resolução dos problemas detetados (Smith & Bowden, 2017; Barker, Rushton & Smith, 2015; Resuscitation Council (UK), 2014; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

Ao longo do percurso profissional, de 9 anos de experiência profissional em contexto de urgência, acrescido do percurso académico, foram igualmente desenvolvidas competências no que respeita à execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, nomeadamente: cuidados de enfermagem na entubação e extubação endo-traqueal, na manutenção de via área artificial, gestão da VMI e VNI; realização e interpretação de gasometria; posicionamento em decúbito ventral; oxigenoterapia de alto fluxo; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, incluindo manuseamento de cateter PiCCO e realização de ponto hemodinâmico, avaliação de pressão venosa central e pressão intra-abdominal; intervenções de enfermagem durante a colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, arterial e epidural;

cuidados de enfermagem ao doente submetido a punção lombar; cuidados ao doente com drenagens pleurais, torácica e abdominais; terapias de substituição renal; terapia por pressão negativa e cuidados à pessoa com laparotomia; bem como, monitorização do nível de consciência através de índice bispectral.

A nível profissional, fazemos parte da equipa de transporte intra-hospitalar no centro hospitalar onde exercemos. Neste contexto, atendemos às recomendações emanadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, relativas ao planeamento e execução do transporte do doente crítico, que devem ser concretizados pela equipa médica e de enfermagem, e englobam aspetos relacionados com a coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento e documentação (OM, 2008).

Durante o curso de mestrado desenvolvemos também conhecimento e habilidades em suporte avançado de vida e trauma, através da concretização dos cursos teórico-práticos realizados, creditados internacionalmente, nos quais obtivemos avaliação positiva (Anexo C; Anexo D). Para além das formações de SAV e ITLS também frequentámos o curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), obtendo o certificado de competência (Anexo E). A frequência das formações mencionadas revelou-se extremamente útil e importante, uma vez que reconhecemos uma evolução bastante positiva na capacidade de atuação perante situações desta natureza. Durante o estágio final deparámo-nos com uma situação vinda da urgência de uma pessoa em paragem cardiorrespiratória, com necessidade de entubação endotraqueal, o que permitiu colocar os conhecimentos em prática e desenvolver competências neste âmbito.

No estágio final deparámo-nos com a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos, o que promoveu o desenvolvimento de competências neste campo de Ação. Como exemplo, os protocolos referentes ao controlo da glicémia através de administração de insulina por via endovenosa, gestão de dor, agitação e delírio, terapias de substituição renal com anticoagulação com heparina, descanulação, entre outros.

Nesta conjuntura salientamos a IPM desenvolvida que incidiu na criação de uma proposta de norma sobre os cuidados ao doente com traqueostomia.

Na prestação de cuidados à PSC e ou falência orgânica, o enfermeiro especialista deve ser capaz de realizar a gestão da dor e do bem-estar, de forma diferenciada, e otimizar as respostas (OE, 2018). Durante o estágio final pretendemos desenvolver conhecimentos e competências nesta área, que julgamos de extrema relevância, uma vez que a dor é reconhecida como o 5º sinal vital (DGS, 2003). Assim, mediante a pesquisa bibliográfica efetuada e o confronto com a prática de cuidados, verificamos que a avaliação da dor da PSC constitui-se um desafio, uma vez que, devido às alterações do nível de consciência e necessidade de sedação e VMI, muitos dos doentes não são capazes de se expressar e realizar uma autoavaliação, ostentando maior risco de apresentar dor não tratada (Gélinas, 2016; Kawagoe, Matuoka & Salvetti, 2017).

Na UCI avaliamos sinais clínicos sugestivos de dor e monitorizamos a dor, na periodicidade instituída pelo protocolo em curso (1/1h) ou sempre que se justificasse, recorrendo às escalas preconizadas pelo protocolo de sedação e analgesia, a escala numérica e a Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), recomendadas para o doente crítico capaz de autoavaliar a dor e para o doente crítico impossibilitado de realizar esta autoavaliação respetivamente. Antes de qualquer procedimento com potencial doloroso, administramos fármacos analgésicos, normalmente um analgésico de base opióide de ação rápida, concretizando a diminuição e ou eliminação da dor inerente ao procedimento. Não sendo de desconsiderar as medidas não farmacológicas, estas têm um carácter secundário e acessório no doente crítico (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018), pelo que estas medidas, como os posicionamentos e as massagens, foram realizadas de uma forma adjuvante à gestão primária da situação dolorosa. Estas intervenções foram necessariamente acompanhadas de registos rigorosos.

Presentemente, a abordagem conjunta das práticas/gestão da sedação, dor e delirium é universalmente aceite como a melhor prática de cuidados, tendo-se, recentemente associado, nas últimas normas de orientação clínica (Devlin et al., 2018). O delirium é uma realidade comum no doente crítico, influenciando negativamente a

generalidade dos *outcomes* mais comumente aplicados ao doente crítico e com consequências nefastas a nível cognitivo e funcional a médio/longo prazo (Devlin et al., 2018).

A adequação individual da comunicação com o doente crítico, apesar da nossa experiência profissional num contexto profissional similar, constitui-se como um desafio atual e, paralelamente, um estímulo para o desenvolvimento de competências nesta área central dos cuidados de Enfermagem. Deste modo, procuramos investir e adequar estratégias alternativas e facilitadoras da comunicação, com a necessária identificação prévia das barreiras de comunicação, condicionadas frequentemente pelo estado clínico e uso de dispositivos invasivos. Assim, utilizamos meios análogos ou alternativos de comunicação, como o recurso a ferramentas de comunicação não verbal, nomeadamente a comunicação escrita ou recorrendo a ferramentas gráficas focando as necessidades mais prementes e as solicitações mais comuns.

A relação de ajuda pode ser definida como “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (Phaneuf, 2005: 324), este tipo de relação “permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor (...) abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”, bem como, “demonstrar coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte.” (Phaneuf, 2005: 324).

A comunicação assume-se como pedra basilar na relação terapêutica, na medida em que consiste numa ferramenta terapêutica poderosa, que permite ao enfermeiro estabelecer empatia e uma relação de confiança, ajudar a pessoa a compreender o significado que atribui à situação, identificar as suas necessidades e desenvolver estratégias de ajuda (Pereira, 2005).

Quando confrontados com situações de fim de vida, focámo-nos em perceber as prioridades, desejos e necessidades do doente e família e em implementar medidas de

resposta direcionadas para as mesmas, como o controlo sintomático, comunicação adequada, apoio emocional e espiritual e inclusão na tomada de decisão, numa perspetiva de “não separar o órgão do corpo, o corpo do espírito e o espírito do coração”, apreendendo “o conjunto: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos”, com o intuito de uma avaliação plural de necessidades de natureza física, psicossocial e espiritual (Cerqueira, 2010: 59), limitando a dignificação da morte e dos processos de luto.

Em jeito de conclusão, enaltece-se os meios e as fontes usadas para a pesquisa de conhecimento e da evidência científica, já fundamentado no âmbito da competência D2, de cariz idóneo, fiável, atual e relevante, objetivando alicerçar a nossa prática clínica diária à pessoa a experimentar processos complexos de doença crítica, disfunção e/ou falência orgânica (OE, 2018). A esta pesquisa naturalmente se agregam os conteúdos lecionados no âmbito das UCs do ME, específicas para área da EMC.

Face à fundamentação apresentada, julgamos ter adquirido e desenvolvido esta competência específica relativa ao EEEPSC.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

O descritivo desta competência estabelece que “Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua

eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.” (OE, 2018, p. 19363).

Contextualizando, vivemos atualmente na permanente “possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (DGS, 2010b, p.1). Posto isto, é obrigatório que as organizações de saúde, independentemente do nível ou área de cuidados, realizem ciclicamente, de uma forma estruturada, sistémica e organizada, um diagnóstico da sua situação e criem respostas de emergência face aos possíveis cenários que condicionem o desequilíbrio entre os recursos e valências existentes e disponíveis e as necessidades emergentes não previstas (DGS, 2010a; DGS, 2010b; INEM, 2012). Assim, todos os profissionais de saúde devem reconhecer-se como um eixo essencial da resposta a situações de emergência e ou exceção, e conhecer a sua função, missão e ação no domínio das suas competências profissionais (DGS, 2010a).

Durante o estágio final, sendo um serviço controlado, não existiu nenhum evento adverso, processo ou situação que fosse considerado de catástrofe ou emergência multi-vítimas. Entretanto, em termos profissionais deparámo-nos com a pandemia COVID 19 e em janeiro de 2021, sofremos uma afluência de muitas pessoas durante vários dias e sem recursos materiais e humanos para prestar cuidados a todos de forma eficaz e eficiente.

Apesar de apenas ter desenvolvido esta competência em contexto laboral e não em contexto de estágio, não me impediu de consultar o Plano de emergência interno da UCI, que terá que sofrer alterações pelas novas instalações.

Os conteúdos lecionados na UC de EMC 3, sobre a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concetualização, planeamento, gestão e operacionalização destas respostas, bem como os trabalhos realizados neste âmbito académico, onde se releva o poster científico realizado sobre a Triagem em catástrofe – A importância da formação e treino dos profissionais de saúde, tema emergente e de visibilidade crescente, contribuíram também para o desenvolvimento de competências nesta área.

De igual forma, utilizámos a UC de EMC 4, com o curso de trauma ITLS, tendo sido realizado simulação em cenários de trauma e situações de emergência multi-vítimas que, pela sua análise, proporcionaram momentos de análise e reflexão, com a consequente aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Para além deste curso, frequentei o curso de trauma pelo curso VMER.

Face à fundamentação apresentada, julgamos ter adquirido e desenvolvido a competência específica acima mencionada.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

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 (OE, 2018, p. 19364).

As IACS, conjugado com o problema emergente do aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, têm registado uma importância global crescente, pelo que nenhum país, independentemente da sua organização em termos de cuidados de saúde, pode desconsiderar estas áreas e as suas implicações, aos vários níveis, que

impactam negativamente a morbidade e mortalidade, o prolongamento do tempo de internamento contribuindo assim significativamente para acréscimo dos custos associados e consumo dos recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2018). Denota-se também que as IACS se apresentam como sendo o evento adverso mais comum inerente à prestação de cuidados de saúde (OMS, 2011). Neste contexto, é de assinalar uma franca disparidade, de acordo com os dados mais recentes de vigilância epidemiológica Europeia (*European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2018*), com uma prevalência mais elevada nos países do sul da Europa, especialmente dos microrganismos multirresistentes mais comuns, *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, o que sublinha a magnitude do problema.

Os doentes admitidos em UCI, fruto da(s) sua(s) patologia(s) de base, comorbilidades associadas, dos dispositivos invasivos utilizados para diagnóstico e/ou terapêutica, da multiplicidade de procedimentos invasivos a que são sujeitos, apresentam risco acrescido de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde, eventos estes potenciados pela vulnerabilidade criada e exacerbada pela doença crítica (ECDC, 2018), estimando-se que 54% dos doentes internados em UCI tenha uma infeção, suspeita ou confirmada (Vincent et al., 2020). Neste contexto, considerámos necessário rever alguns documentos relativos à temática, nomeadamente, os planos e relatórios nacionais e europeus publicados pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos e pelo ECDC (DGS, 2017c; DGS, 2018; ECDC, 2018a, ECDC, 2018b), bem como as diretivas e normas emanadas pela DGS, relativas aos “feixes de intervenções” para prevenção de infeção do local cirúrgico (DGS, 2015c), prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2017d), prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017a), prevenção de infeção nas ostomias respiratórias (DGS, 2017) e prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015d).

Destaca-se, no estágio final, a existência de vários grupos de trabalho a funcionar, de forma contínua, na prevenção e controlo de infeção e áreas relacionadas, na conceção, revisão e formação das normas, protocolos e procedimentos, alicerçados nas recomendações e normas projetadas pelas entidades e sociedades científicas nacionais

e internacionais. Desta forma, tivemos oportunidade de participar em uma formação em serviço, que abordava o manuseamento e os cuidados ao cateter venoso central.

Durante a prestação de cuidados à PSC procurámos aplicar os conhecimentos desenvolvidos e cumprir escrupulosamente as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo das IACS. Durante o estágio foi um tema constante nas reflexões conjuntas com a nossa orientadora, por forma a avaliar e analisar as nossas práticas e as práticas da equipa, sendo que foi possível identificar algumas incoerências e oportunidades de melhoria.

A IPM desenvolvida recaiu sobre os cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI e é de extrema importância a prevenção de infeção na manutenção dos cuidados ao estoma e à limpeza da cânula interna. Neste sentido, planeámos e executámos intervenções, por forma a resolver o problema identificado, limitando as medidas implementadas.

Durante o percurso académico a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica V, elaborámos uma sessão de formação sobre a prevenção e controlo de infeção em contexto UCI, que, embora se tratasse de um trabalho académico, foi desenvolvido com base em dados reais relativos à UCI onde exercemos a nossa prática clínica, podendo ser aplicado no contexto concreto, contribuindo exponencialmente para o desenvolvimento da competência supracitada.

Pelo mencionado acima, desenvolvemos competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

As competências em questão foram alvo de reflexão crítica, descrição e fundamentação das atividades realizadas ao longo do estágio final e deste capítulo consideramos ter conseguido adquirir esta última competência associada ao grau de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

A enfermagem é a profissão que tem como objetivo cuidar do outro ao longo do ciclo de vida, tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão, adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade e segurança dos cuidados e serviços de enfermagem.

O percurso efetuado no âmbito do ME e, especificamente, no âmbito da UC do Estágio Final, pelo contexto clínico onde este foi realizado, foi o único, no qual procurámos aproveitar de forma resiliente, com a necessária reflexão e fundamento para a tomada de decisão, possibilitando uma aquisição, desenvolvimento, aperfeiçoamento de conhecimentos e competências eminentemente de índole profissional.

No primeiro capítulo descrevemos o contexto clínico onde foi desenvolvida a IPM e onde se realizou o Estágio Final, os seus enquadramentos legislativos, normativos e organizacionais, as suas estruturas, recursos materiais e humanos, terminado com a análise de gestão e produção de cuidados. Adicionámos e contextualizámos algumas considerações de índole técnico-científicas.

O segundo capítulo, consignado à exposição da IPM, seguindo a metodologia de projeto (Ruivo *et al.*, 2010), onde se enuncia e justifica a problemática da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa traqueostomizada sob ventilação mecânica invasiva, passando por uma breve sinopse teórica dos conceitos centrais e do modelo teórico que suporta a IPM, o MMPBE (Larrabee, 2011), finalizando com a descrição e análise crítica

das etapas que compreendem a metodologia de projeto, nomeadamente, o diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução e avaliação e resultados.

Finalizando, com o terceiro capítulo com a análise da aquisição das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Mestre que foram a base da construção deste relatório, levando ao desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento, intervenção e investigação em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito dos cuidados à PSC. Etapas que foram desenvolvidas e ultrapassadas uma a uma, em contexto de estágio. O contexto clínico escolhido, serviço de UCI, revelou-se um ambiente propício para a aprendizagem e consequente aquisição das competências enumeradas. Foram desempenhadas funções específicas e especializadas nos cuidados diretos aos clientes e famílias, mas também funções na área da gestão de recursos humanos e materiais. A enfermeira orientadora, contribuiu para a realização de todo o trabalho descrito. Não deixando de parte, a Professora Orientadora que foi o elo de orientação no processo formativo, tornando-se essencial para o resultado final deste trabalho.

Deste modo, é adicionada responsabilidade, inerente ao título de Enfermeiro especialista e derivado do grau de Mestre, de ser uma peça essencial e mobilizadora da mudança nos contextos onde nos encontramos, melhorando a prática profissional e a qualidade em saúde.

Perante o supramencionado, consideramos ter atingido os objetivos traçados para o presente relatório, cuja apresentação para provas públicas encerra um indispensável capítulo do nosso percurso formativo, com ganhos marcados em termos de desenvolvimentos profissional e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central Sistemas Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Obtido de: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos de Enfermagem*. 5.ª ed.. Loures: Lusociência.
- Antunes, M., Ferreira, E., Souza, F., Filho, E., Fischer, J., & Bertolini, S. (2016). Frequência da evolução para traqueostomia em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva e sua correlação com o índice de apache II. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 15(3), 31-36. Obtido de: www.mastereditora.com.br/periodico/20160804_210724.pdf
- Assembleia da República (2005). Lei Constitucional n.º 1/2005. Sétima revisão constitucional. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 155 (12 de agosto de 2005), pp. 4642-4686.
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 181 (16 de setembro de 2015), pp. 8059 – 8105.
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 95/2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 169 (04 de setembro de 2019), pp. 55-66.

- Associação das escolas superiores e enfermagem e saúde (AESES) (2017). Regulamento de funcionamento do mestrado de enfermagem. Obtido de ipbeja: <https://www.ipbeja.pt/RepositorioDocumentosOficiais/Lists/Regulamentos%20Academicos/Attachments/82/Regulamento%20Funcionamento%20Mestrado%20Enfermagem.pdf>
- Backes, M.T.S., Erdmann, A.L. & Büscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (3), pp. 411-418. DOI: 10.1590/0104-1169.0568.2570
- Barker, M., Rushton, M. & Smith, J. (2015). How to assess deteriorating patients. *Nursing Standard*. 30 (11), pp.34-36. DOI: 10.7748/ns.30.11.34.s44
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>.
- Cerqueira, M.M.A. (2010). *A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Retirado de: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614?mode=full>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer n.º 8/2008. Informações telefónicas a familiares de utentes. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot,

- X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa no 09/DGCG de 16/06/2003. Retirado de: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010b). Circular Normativa 007/2010 - *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015d). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015. Retirado de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Retirado de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Norma n.º 001/2017. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa. Retirado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2017d). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Retirado de: <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Autor. Retirado de: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzltzVUy81MsTU1MDFAHHzFEfkPAAAA>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018a). *Incidence and attributable mortality of healthcare-associated infections in intensive care units in Europe, 2008–2012*. Estocolmo. Retirado de: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/surveillance-report-HAI-Net-ICU-mortality-2008-2012.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018b). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units, Annual epidemiological report for 2016*.

- Estocolmo. Retirado de:
https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf
- Fawcett, J. (2005). *Criteria for Evaluation of Theory. Nursing Science Quaterly*, 18(2), pp.131-135. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Freeman, S (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing Standard*. 26 (2) 49-56.
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & Critical Care Nursing*, 34, pp.1–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001>
- Giacomini, M., Cook, D., & DeJean, D. (2009). Life support decision making in critical care: Identifying and appraising the qualitative research evidence. *Critical care medicine*, 37(4), 1475–1482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819d6495>.
- Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical care (London, England)*, 22(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6>.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Institute of Medicine (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Volume I. Washington: Nacional Academy press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT*. Versão 2.0. 1ª Edição. Retirado de: [http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem- %C3%A0-V%C3%ADtima.pdf](http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf)
- International Council of Nurses (2012a). *Position statement: Patient Safety*. Genebra: Retirado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf

- International Council of Nurses (2012b). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Issel, L. (2014). *Health Program Planning and Evaluation: a practical, systematic approach for community health* (3.a ed.). Jones & Bartlett Learnig.
- Kant, I. (2007). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70 Lda. (Original publicado em 1785).
- Kawagoe, C. K., Matuoka, J. Y., & Salvetti, M. de G. (2017). Pain assessment tools in critical patients with oral communication difficulties: a scope review. *Revista Dor*, 18 (2), pp. 161-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170032>
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. *USA: National Academy of Sciences*. DOI 10.17226/9728.
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora.
- Melo, A., Almeida, R., Oliveira, C. (2014). A mecânica da ventilação mecânica. *Revista Medicina Minas Gerais*. vol. 24. supl. 18. 43-48. Retirado de: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1679>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). Parecer N.º 10/2017 - *Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Miguel, António (2019). *Gestão Moderna de Projetos – Melhores Técnicas e Práticas* 8.ª ed. FCA.
- Ministério da Ciência. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República* n.º 60/2006, Série I-A, 2242-2257.
- Ministério da Ciência. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República* n.º 157/2018, Série I, 4147-4182.

- Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 205 (4 de setembro de 1996), pp. 2959 - 2962.
- Ministério da Saúde (2015a). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 102 (27 de maio de 2015), pp. 13550 - 13553.
- Ministério da Saúde (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015 Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 28 (10 de fevereiro de 2015), pp. 3882(2) -3882(10).
- Ministério da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 187, 96 - 103. Retirado de <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Miranda, D., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 374-382.
- Miranda, D., Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items - Results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 64-73.
- Mitchell, R., Hussey, H., Setzen, G., Jacobs, I., Nussenbaum, B., Dawson, C., Brown, C., Brandt, C., Deakins, K., Hartnick, C., Merati, A. (2012). Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 148 (1), 6-20.
- Moher, D., Shamseer, L., & Clarke, M. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols. *Systematic Reviews*, 1-9.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.
- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 640-644.
- Moreno, R. P., Rhodes, A., & Donchin, Y. (2009). Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine*, 35(10), pp. 1667–1672. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1621-2>
- Mota, J., Rodrigues, Y., & Souza, F. (2020). Análise do tempo de retirada do respirador artificial no paciente submetido a traqueostomia precoce e após sete dias de ventilação mecânica invasiva. *Fisioter Pesqui.*, 306-311. Obtido de:

- <https://www.scielo.br/j/fp/a/GT6nQDGG7zg9ZrHRtPfxN4x/?format=pdf&lang=pt>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), pp. 187–199. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkDhtxC/?format=pdf&lang=pt>
- Nunes, L. (2016). *Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro*. *Servir*, 59 (2), pp. 7-17.
- Nunez, D., Gouveia, J., Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araujo, R. (2020). *Proposta de Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Obtido de SNS: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/07/RRMI-consulta-p%C3%BAblica-.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE*. Decreto-Lei n.º 161/96, com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Autor. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para cálculo de dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Regulamento n.º 533/2014. , pp. 30247-30254.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 79 (23 de abril de 2015), pp. 10087 - 10090.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 123 (26 de junho de 2015), pp. 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Ensino de enfermagem e a sua potencial integração no subsistema universitário*. Retirado de:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/membros/Documents/01.08.2017%20-%20Tomada%20de%20posi%C3%A7%C3%A3o-%20Ensino%20de%20Enfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho de 2018), 19359-193370. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184 (25 de setembro de 2019), 128-155. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/124970757>.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 26, 8648-8653. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

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

Organização Mundial da Saúde (2004). *World Alliance for Patient Safety*. Organização Mundial da Saúde. Retirado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. França: World Health Organization. Retirado de: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.


- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 229-233.
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sa, R., & Moreno, R. (25 de 03 de 2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Relatório Final*. Obtido de SNS: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, M. (2005). Má Notícia Em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), pp.33–37. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4mQQBv8qVYVnvYkF5hrMKVC/?lang=pt&format=pdf>
- Pertussati, E., Donoso, M., Mattos, S., Lima, L., Simino, G., & Silva, B. (2021). Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*, 469-474.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Edição Portuguesa). Loures: Lusociência.
- Queirós, P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto e Contexto Enferm*, 23 (3), pp. 776-781. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*, 20 (45). Pp.137- 146. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Queiros, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Construção do Formulário de Avaliação da competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 51-60. Retirado de: <https://estomaterapiaapece.pt/wp-content/uploads/Queir%C3%B3s-et-al.-2015-Constru%C3%A7%C3%A3o-do-Formul%C3%A1rio-de-Avalia%C3%A7%C3%A3o-da-Compet%C3%A3o.pdf>
- Renaud, I.C.R. (2010). *O Cuidado em Enfermagem*. Pensar Enfermagem. 14 (1), pp.2-8.
- Resuscitation Council (UK) (2014). *The ABCDE approach - guidelines and guidance*. Retirado de: <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde->

- approach/Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*. 32 (14), pp. 51-63. DOI: 10.7748/ns.2017.e11030
- Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), pp. 317-322.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 1-37. Obtido de Percursos: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santiago, M., Pedro, A., Franco, H., Bico, I., Ruivo, M., Costa, M., Marques, M., Pereira, M. (2021). *Ficha UC Estágio Final e Orientações Gerais*. Universidade de Évora. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Retirado de: https://www.moodle.uevora.pt/2122/pluginfile.php/18660/mod_resource/content/3/Ficha%20UC%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Orient.%20Gerais-5%C2%BAMenf.pdf
- Silva, E., & Urache, L. (dez 2016 - fev 2017 de 2016). Visão Geral de Evidências sobre Traqueostomia Precoce Versus Traqueostomia Tardia em Paciente Crítico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 17, 28-31. Retirado de: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170203_212812.pdf
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26. Retirado de: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem/links/5d7d2525a6fdcc2f0f6fb0f9/Metodologia-de-Revisao-Integrativa-da-Literatura-em-Enfermagem.pdf?origin=publication_detail
- Unidade Hospitalar (2009). Institucional. História. Informação Pública. Visão, missão e valores.
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - *Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Retirado de: https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

- Universidade de Évora (2016). Aviso n.º 5622/2016. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 84 (2 de maio 2016), pp. 13881 – 13888
- Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R. P., Dolanski, L., Bauer, P., Metnitz, P. G., Research Group on Quality Improvement of European Society of Intensive Care Medicine, & Sentinel Events Evaluation Study Investigators (2006). Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive care medicine*, 32(10), 1591–1598. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0290-7>.
- Valentin, A., Schiffinger, M., Steyrer, J., Huber, C., & Strunk, G. (2013). Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive care medicine*, 39(3), 391–398. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2764-0>.
- Vincent, J. L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditianingsih, D., Timsit, J. F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M., Khanna, A. K., ... EPIC III Investigators (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478– 1487. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>.

APÊNDICES

Apêndice A – Resumo do projeto de estágio

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: 2021 / 2022
	1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)	
2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>João David Costa Martins</u> Número: <u>47185</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>962568722</u> E-mail: <u>joao_martins8@hotmail.com</u>		
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de Investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva Título em Inglês: Safety and Quality of Care for Tracheostomized Persons under Invasive Mechanical Ventilation		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Maria Dulce dos Santos Santiago

Universidade/Instituição: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde

N.º Identificação Civil: 0628269 - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: 967861852 E-mail: dulce.santiago@ipbeja.pt ID ORCID: 0000-0003-0988-6998

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____


Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde 
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>

Palavras-chave (5 palavras, separadas por ','): Enfermagem; Cuidados críticos; Traqueostomia; Ventilação Mecânica; Segurança

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com Traqueostomia sob ventilação mecânica invasiva.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Em anexo

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano do Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo
- Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ANEXO AO T-005

Resumo, Plano e Cronograma

Resumo

A traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comumente utilizado nos clientes em situação crítica, exigindo ao enfermeiro uma constante adaptação, desenvolvimento de conhecimentos e de competências que visam o despiste de complicações e intervenções adequadas (Mitchell et al, 2012).

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um recurso de suporte à vida utilizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), consistindo num método que assiste ou substitui a respiração espontânea através de um equipamento denominado “respirador ou ventilador”, que é acoplado ao utente por uma via artificial, seja um Tubo orotraqueal (TOT) ou Traqueóstomo (TQT) (Guimarães et al, 2008).

Os clientes traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva requerem cuidados de enfermagem específicos, qualificados e seguros, não só a nível do procedimento técnico em si e cuidados diretos à traqueostomia, como no apoio às condições de adaptação à nova situação de pessoa traqueostomizada. O presente projeto de intervenção, enquadrado na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, tem como objetivo incrementar a segurança e qualidade dos cuidados à pessoa traqueostomizada sob ventilação mecânica invasiva.

Plano

Local de Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos de uma unidade hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo.

População Alvo: enfermeiros da unidade de cuidados intensivos, em prestação direta dos cuidados.

Levantamento de necessidades e justificação: a temática a abordar foi validada através de reuniões com enfermeira orientadora e professora orientadora.

Considera-se também a aplicação de questionário à equipa, para aferir a validação da pertinência do tema pela mesma.

Procedimentos a realizar: Incluem pesquisa bibliográfica em bases de dados sobre evidência científica relativa a cuidados de enfermagem ao cliente com Traqueostomia/traqueotomia. Elaboração da proposta de norma orientadora sobre os cuidados de enfermagem à pessoa traqueostomizada sob ventilação mecânica; divulgação e apresentação da proposta de norma à equipa através de sessão formativa; avaliação da sessão formativa.

Instrumentos de colheita de dados: Incluem questionário de caracterização sociodemográfica e de validação da pertinência do tema pela equipa da UCI; questionário de avaliação da sessão formativa.

Questões éticas: A confidencialidade será mantida, garantindo assim o anonimato da instituição, do serviço e dos enfermeiros envolvidos.

Cronograma						
Atividades/Estratégias	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
<i>Reunião com a Enfermeira Chefe</i>	13/09/2021					
<i>Definição da Enfermeira Orientadora</i>	16/09/2021					
<i>Diagnóstico de Situação</i>		06/10/2021				
<i>Entrega da Proposta do Projeto de Estágio</i>			15/11/2021			
<i>Pesquisa bibliográfica sobre a temática</i>						
<i>Elaboração de proposta de norma sobre os cuidados de enfermagem ao cliente traqueostomizado</i>						
<i>Apresentação da norma aos enfermeiros do respetivo serviço</i>						
<i>Realização de artigo científico sobre a segurança e qualidade dos cuidados ao doente traqueostomizado sob ventilação mecânica</i>						
<i>Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos</i>	Início a 13/09/2021				Termina a 30/01/2022	
<i>Avaliação da Sessão Formativa</i>						
<i>Redação do Relatório Final</i>						

**Apêndice B – Resumo do Artigo Científico – Benefícios da Traqueostomia
Precoce no Doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva**

BENEFÍCIOS DA TRAQUEOSTOMIA PRECOCE NO DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

BENEFITS OF EARLY TRACHEOSTOMY IN PATIENTS SUBMITTED TO INVASIVE MECHANICAL VENTILATION

BENEFICIOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

João Martins², Dulce Santiago³

RESUMO

Enquadramento: A traqueostomia é um procedimento cirúrgico, para abertura da traqueia, sendo esta indicada para ventilação mecânica prolongada, necessidade de proteção das vias aéreas, dificuldade de desmame ventilatório mecânico e escala de Glasgow <8, polineuropatia e obstrução das vias aéreas superiores. A realização da traqueostomia precoce pode reduzir o tempo de ventilação do doente, facilitando o desmame da ventilação e reduz o internamento.

Objetivos: conhecer a evidência científica sobre as vantagens da traqueostomia precoce no doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva. **Metodologia:** estudo de revisão integrativa da literatura através das bases de dados EBSCO, com recurso aos descritores Mesh “Nursing”, “Critical Care”, “Tracheostomy” e “Invasive Mechanical Ventilation”. **Resultados:** Foram analisados quatro artigos, sendo três artigos de análise retrospectiva, que analisam prontuários de uma certa amostra e um artigo de revisão da literatura, com utilização de 4 revisões sistemáticas com metanálise. Existindo uma evidência leve para o uso da traqueostomia precoce relacionado à mortalidade. **Conclusão:** Sugere-se a realização de novos estudos focados em doentes traqueostomizados de forma precoce e tardia, com uma amostra de população maior, por forma a ter maior evidência científica do mesmo.

Palavras-Chave: Enfermagem; Cuidados Críticos; Traqueostomia; Ventilação Mecânica Invasiva

ABSTRACT

Background: Tracheostomy is a surgical procedure for opening the trachea, which is indicated for prolonged mechanical ventilation, need for airway protection, difficulty in mechanical ventilatory weaning and Glasgow scale <8, polyneuropathy and upper airway obstruction. The performance of early tracheostomy can reduce the patient's ventilation time, facilitating weaning from ventilation and reducing hospitalization. **Objectives:** to know the scientific evidence on the advantages of early tracheostomy in patients undergoing Invasive Mechanical Ventilation.

Methodology: integrative literature review study through EBSCO databases, using the Mesh descriptors “Nursing”, “Critical Care”, “Tracheostomy” and “Invasive Mechanical Ventilation”. **Results:** Four articles were analyzed, being three articles of retrospective analysis, which analyze medical records of a certain sample and one article of literature review, using 4 systematic reviews with meta-analysis. There is light evidence for the use of early tracheostomy related to mortality. **Conclusion:** It is suggested to carry out further studies focused on early and late tracheostomized patients, with a larger population sample, in order to have more scientific evidence of the same.

Key words: Nursing; Critical Care; Tracheostomy; Invasive Mechanical Ventilation

RESUMEN

Marco contextual: La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico para la apertura de la tráquea, que está indicado en ventilación mecánica prolongada, necesidad de protección de la vía aérea, dificultad en el destete de la ventilación mecánica y escala de Glasgow < 8, polineuropatía y obstrucción de la vía aérea superior. La realización de una traqueotomía temprana puede reducir el tiempo de ventilación del paciente, facilitando el destete de la ventilación y reduciendo la hospitalización. **Objetivos:** conocer la evidencia científica sobre las ventajas de la traqueotomía precoz en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica Invasiva. **Metodología:** estudio integrador de revisión de la literatura a través de las bases de datos EBSCO, utilizando los descriptores Mesh “Enfermería”, “Cuidados Críticos”, “Traqueotomía” y “Ventilación Mecánica Invasiva”. **Resultados:** Se analizaron cuatro artículos, siendo tres artículos de análisis retrospectivo, que analizan historias clínicas de una determinada muestra y un artículo de revisión de literatura, utilizando 4 revisiones sistemáticas con metanálisis. Hay poca evidencia para el uso de la traqueotomía temprana relacionada con la mortalidad. **Conclusión:** Se sugiere realizar más estudios enfocados en pacientes traqueostomizados tempranos y tardíos, con una muestra poblacional mayor, para tener mayor evidencia científica de los mismos.

Palabras clave: Enfermería; Cuidado crítico; traqueotomía; Ventilación Mecánica Invasiva.

² Enfermeiro. Centro Hospitalar de Setúbal. Mestrando em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal. joao_martins8@hotmail.com

³ Professor Adjunto. Departamento de Saúde. Instituto Politécnico de Beja. Portugal. dulce.santiago@ipbeja.pt

Apêndice C – Proposta de norma sobre os cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

,23 SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO			APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Nº E DATA DE REVISÃO	0		

1. OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia.

Prevenir infeções associadas à manutenção da cânula de traqueostomia.

Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento: Médicos e Enfermeiros

4.2 Pela revisão do procedimento:

5. DEFINIÇÕES

Traqueotomia – Consiste numa intervenção cirúrgica na qual é feita uma abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia, na face anterior do pescoço ao nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide, na qual se insere uma cânula (interna e externa) de diâmetro e comprimento adequado com ou sem *cuff* (balão) de forma a manter as vias aéreas permeáveis (DGS, 2017).

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Serviço de Gestão da Qualidade	

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

Traqueostomia – Consiste num procedimento de maior complexidade, no qual é feita uma abertura cirúrgica da traqueia seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, ou seja, o ato de realizar um traqueostoma para preservar a função respiratória. É sempre definitivo e realiza-se nas laringectomias totais e na presença de graves problemas de deglutição (glossectomia). A respiração faz-se exclusivamente pelo orifício do traqueostoma (DGS, 2017).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CT - Cânula de traqueotomia

SB - Secreções Brônquicas

7. REFERÊNCIAS

ACSS. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Retrieved from ACSS: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf>

Barroso, A., & Soares, J. (2017). Análise da pressão do cuff/balonete em pacientes sob ventilação mecânica invasiva na unidade de terapia intensiva (UTI). *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 07-20.

Bodenham, A, Bell, D., Bonner, S., Branch, F. et all. (2014). Standards for the care of adults patients with a temporary tracheostomy; STANDARDS AND GUIDELINES. Intensive Care Society standards. Disponível em www.isc.ac.uk

Costa, E., Rodrigues, C., Matias, J., Bezerra, S., Rocha, D., Machado, R., . . . Ribeiro, I. (2019). Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 169-178.

Dawson, D. (2014). Essential principles: (Costa, et al., 2019) tracheostomy care in the adult patient. *British Association of critical care nurses*. 19 (2)

DGS. (2017, março 03). *Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017*. Retrieved from DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>

Freeman, S. (2011). Care of Adult patients with a temporary tracheostomy. *Nurs Stand.*, 49-56.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

Marsico, P., & Marsico, G. (2010). Traqueostomia. *Pulmão RJ*, 24-32.

Mota, J., Rodrigues, Y., & Souza, F. (2020). Análise do tempo de retirada do respirador artificial no paciente submetido a traqueostomia precoce após sete dias de ventilação mecânica invasiva. *Fisioter. Pesqui.*, 306-311.

Morris, L., Withmer, A., McIntosh, E. (2013). Tracheostomy Care and Complications in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 33 (5)

Queiros, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Construção do Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 51-60.

8. DESCRIÇÃO

A traqueostomia consiste num procedimento cirúrgico, programado ou emergente, em que é realizada uma abertura no pescoço até à traqueia, de forma garantir a permeabilidade da via aérea, tendo como objetivo a prevenção ou tratamento da obstrução respiratória ao nível ou acima da laringe, a ventilação artificial prolongada, facilitar a remoção de secreções da traqueia e brônquios, diminuir o espaço morto e aumentar o volume corrente, para proteção de via aérea e/ou prevenir a aspiração nos doentes com lesão ou doença neurológica. Essa abertura, de índole provisória ou permanente, é habitualmente denominada de traqueostomia, ostomia ou estoma de ventilação. As principais causas para a sua realização são: A obstrução da via aérea superior, o acesso facilitado à via aérea inferior para aspiração de secreções e ainda a manutenção de uma via aérea estável em clientes que requerem ventilação mecânica prolongada (Queiros, Santos, Brito, & Pinto, 2015).

A traqueostomia está indicada nas seguintes situações: Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico; Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); Traumatismos faciais ou cervicais; Corpos estranhos faríngeos; Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço; Insuficiência respiratória crónica; Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação oro-traqueal, ou sendo indispensáveis a sedação da pessoa); Síndrome de apneia obstrutiva do sono; Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; Paralisia bilateral das cordas vocais; Patologia neurológica e doenças degenerativas

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

neuromusculares; Edema pós-radioterapia; Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos) (DGS, 2017).

➤ Tipos de cânulas

A escolha do tipo de **Cânula** depende do doente (da sua patologia de base e das suas características anatómicas) e do médico (método cirúrgico a utilizar na realização do estomacirúrgico ou percutâneo).

O correto manuseamento e higiene preservam a desobstrução da cânula e reduzem o trabalho respiratório do doente.

Cânulas de plástico semiflexível, rígido ou de metal:

- Cânulas com *cuff* - permitem pressão baixa nas vias aéreas com elevado volume no *cuff* (pressão correta entre os 25 e 35 cmH₂O). O tubo de traqueostomia universal (com *cuff*) é o mais utilizado. É constituído por cânula interna, cânula externa, condutor e obturador.
- Cânula sem *cuff* - utilizadas em doentes prestes a remover a cânula ou que não necessitam de ventilação mecânica.
- Cânulas fenestradas com ou sem *cuff* - estas cânulas têm um orifício (fenestra) na curvatura da parede posterior da cânula externa. Quando inserida a cânula interna na cânula externa (com ou sem fenestra), esta funciona como um tubo de traqueostomia universal, permitindo a ventilação mecânica ou espontânea.

Com a cânula interna fenestrada (cânula com o topo verde) inserida, a vocalização pela via aérea superior é possível desde que a abertura externa da cânula esteja obturada. A cânula de traqueostomia fenestrada com ou sem *cuff*, muitas vezes, é utilizada na recuperação da função respiratória ou em situação de traqueostomia prolongada.

O diâmetro da cânula de traqueostomia pode variar entre 6 a 10 mm, mas nos adultos, os tamanhos utilizados com maior frequência são 7/ 8/ 9/10 mm.

Em situações de aspiração de secreções brônquicas, a cânula interna sem fenestra é inserida antes da aspiração de modo a evitar traumatismos da traqueia.

Existem cânulas internas de topo vermelho descartáveis, individualizadas, que devem ser adquiridas e utilizadas na limpeza da cânula interna existente na cânula de traqueotomia.

➤ Complicações

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

A deteção e prevenção de complicações deverão ser objeto de monitorização:

- **Complicações imediatas:** dor e edema, afonia (ausência total de voz), aumento das secreções traqueais, mau posicionamento ou falso trajeto da cânula, apneia por terminar o estímulo respiratório hipóxico, sinais e sintomas de hemorragia, obstrução da via aérea/cânula por tampão mucoso, pneumotórax ou pneumomediastino, lesão das estruturas adjacentes (parede posterior da traqueia, esófago, carótida, tronco braquiocefálico, nervos recorrentes, glândula tiroide) (DGS, 2017).
- **Complicações mediatas:** sinais e sintomas de hemorragia, infeção, infeção e deiscência da sutura, traqueíte, celulite, exteriorização da cânula externa na traqueoesofágica; dor e edema; secreções purulentas e/ou com cheiro fétido (DGS, 2017).
- **Complicações tardias:** dificuldades na extubação; disfagia; recidiva tumoral; estenose traqueal; tecido granulação; hemorragia; complicações da prótese fonatória (candidíase, rejeição, etc.); fistulas; lesões cutâneas peri-estoma (maceração, eritema, escoriação, úlcera) (DGS, 2017).

➤ **Vantagens da traqueostomia** (comparada ao Tubo Orotraqueal)

- Proporciona maior conforto para o doente;
- Redução do trabalho respiratório;
- Melhorar na limpeza das secreções das vias aéreas;
- Diminui o risco de pneumonia associada a VMI;
- Permite a redução da sedação;
- Facilita o processo de desmame ventilatório;
- Permite alimentação e hidratação oral;
- Facilita higiene da mucosa oral;
- Permite comunicação oral (com cânula fenestrada);

➤ **Desvantagens da traqueostomia**

- Risco de infeção;
- Pode causar dor/ desconforto;
- Risco de problemas da fala e deglutição;
- Risco de hemorragia e inflamação;

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

- Requer procedimento cirúrgico;

➤ **Recomendações para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde**

- Cuidados ao estoma e pele na traqueostomia devem ser realizados diariamente e de acordo com as condições clínicas da pessoa e com o dispositivo selecionado;
- Higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) deve ser realizada de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções;
- Substituição da cânula externa na traqueotomia pelo enfermeiro quando definida pela equipa médica e de acordo com a indicação de periodicidade definida pelo fabricante;
- O material de fixação da cânula externa de traqueotomia deve trocar-se sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático;

8.1. Medidas gerais para a prevenção

Procedimento	Justificação
1. Lavagem das mãos	<ul style="list-style-type: none"> • É a medida mais simples e eficaz para prevenir e controlar as infeções nosocomiais. • Devem lavar-se as mãos antes e após o contacto com a traqueostomia, mucosas, secreções das vias aéreas ou objetos contaminados por estas, mesmo que tenham sido utilizadas luvas.
2. Uso de equipamento de proteção individual	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de luvas no contacto com secreções ou material contaminado com secreções. • Trocar as luvas e lavar as mãos, entre contacto com o local contaminado do doente e o aparelho respiratório ou equipamento utilizado neste. • Uso de bata - avental e máscara com viseira, quando existe risco de aerossolização.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

8.2. Aspiração de secreções brônquicas

Procedimento	Justificação
<p>1. Avaliar a permeabilidade das vias aéreas da pessoa com traqueotomia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sons respiratórios anormais como "assobios" ou crepitação; • Deterioração das saturações periféricas de oxigénio; • Tosse ineficaz e aumento da sua frequência durante as 24H; • Padrão respiratório irregular; • Cianose; • Pessoa incapaz de expetorar sozinho; • Secreções visíveis ao redor da traqueostomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A identificação destes sinais e sintomas conduzirá a intervenções de enfermagem precoces e mais eficazes na prevenção de complicações relacionadas com a via aérea artificial.
<p>2. Frequência da aspiração: A aspiração de secreções não deve ser um procedimento de rotina. Avaliar a necessidade de aspiração traqueal tendo como base o estado respiratório do doente, a consistência e quantidade de secreções e a capacidade de a pessoa tossir eficazmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aspiração de secreções é um procedimento com complicações associadas, tais como hipoxemia, broncospasmo, arritmias, sangramento, infeção ou traumatismo. Deve ser realizada apenas quando clinicamente necessário.
<p>3. Utilizar técnica asséptica nas unidades de cuidados intensivos para a aspiração de secreções pela cânula de traqueotomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a aspiração de secreções pode existir introdução de microrganismos na cânula de traqueotomia e nas vias respiratórias, o que pode levar a traqueíte, pneumonia e formação de fístulas.
<p>4. Utilizar aspiração em circuito fechado em pessoas conectadas ao ventilador, com pressões de ventilação elevados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aspiração de secreções em circuito fechado permite a manutenção das pressões de ventilação nas pessoas com

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

ou na presença de microrganismos que exija isolamento por via aérea.	ventilação mecânica.
5. Escolher a sonda de aspiração e sua utilização: O diâmetro da sonda não pode ser pequeno, por não aspirar as secreções e não pode ser grande pelo risco de hipoxia. A sonda deverá possuir múltiplos orifícios. A profundidade para a inserção da sonda, não deve exceder o comprimento do tubo de traqueostomia.	<ul style="list-style-type: none"> O tamanho da sonda de aspiração deve ser escolhido de forma apropriada para reduzir o risco de oclusão total da cânula de traqueotomia durante a aspiração. Uma sonda de diâmetro excessivo vai conduzir a oclusão e conseqüente hipoxia. As sondas com múltiplos orifícios, produzem menor dano, tendo em conta que os orifícios laterais sugam as secreções, enquanto a sonda com um único orifício tanto aspira secreções como puxa a mucosa.
6. Regular a pressão de aspiração para adultos entre as 100 mmHg e 120 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> Uma pressão excessiva pode provocar atelectasias, danos na mucosa e colapso da sonda.
7. Duração da aspiração de secreções: Não aplicar sucção durante mais do que 15 segundos e, no máximo, com três repetições.	<ul style="list-style-type: none"> Um tempo excessivo de aspiração aumenta o risco de hipoxia e traumatismo da mucosa.
8. Realizar Nebulização e Pré oxigenação, por um período superior a trinta segundos antes de proceder à aspiração de secreções.	<ul style="list-style-type: none"> A Nebulização e a pré-oxigenação ajudará a minimizar a hipoxemia induzida pela aspiração de secreções
9. Não instilar solução salina para realizar aspiração por rotina.	<ul style="list-style-type: none"> A instilação de solução salina não conduz a benefícios fisiológicos na remoção de secreções espessas e viscosas e existe o risco de diminuição das SpO2. A aspiração de secreções deve ser realizada com a intenção de maximizar a quantidade de secreções removidas com o mínimo de

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

	efeitos acessórios relacionados com o procedimento. A instilação de solução salina não ajuda a soltar ou deslocar as secreções. É preferível estimular a tosse.
10. No caso de cânula fenestrada, substituir a cânula interna por cânula não fenestrada antes de aspiração de secreções, ventilação artificial com ventilador ou insuflador manual.	

8.3. Cuidados ao estoma

Procedimento	Justificação
1. Observar a pele peri-estoma, tendo em atenção sinais e sintomas de infeção do estoma tais como: drenagem excessiva de secreções, cheiro fétido, eritema peri-estoma e erosão do estoma da traqueotomia. Registrar o observado no processo clínico.	<ul style="list-style-type: none"> As secreções brônquicas podem drenar para fora do estoma e originar humidade em torno do local de inserção da traqueotomia, o que pode causar irritação, maceração e escoriações da pele. A sua observação e a deteção precoce da infeção do estoma, contribui para a manutenção da integridade cutânea e prevenção das IACS.
2. Utilizar técnica asséptica na limpeza do estoma.	
3. Limpar o estoma com Soro Fisiológico 0,9% e aplicar um penso protetor, que funcione como barreira, para proteger a pele circundante, poderá ser aplicado um creme protetor de pele para prevenir maceração da pele.	<ul style="list-style-type: none"> Aconselha-se a utilização de Soro Fisiológico porque não é irritante para a pele e mucosa traqueal. O penso barreira ajuda a proteger a pele peri-estoma da secreção traqueal e consequente irritação cutânea.
4. Utilizar um penso fino , com alguma capacidade de absorção e específico	<ul style="list-style-type: none"> Os pensos específicos para a traqueotomia são facilmente adaptáveis e provocam um

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

para traqueotomia. Evitar compressas de gaze na realização do penso.	deslocamento mínimo da cânula. As compressas de gaze não são recomendadas se forem de pano porque os fios que as constituem podem romper-se e introduzir-se no trato respiratório.
5. Mudar o penso do estoma e a fita de nastro diariamente ou sempre que estejam húmidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Previne a maceração da pele e mantém a integridade cutânea. Pensos ou fita de nastro húmidas proporcionam um ambiente ideal para a multiplicação bacteriana.
6. A técnica de mudança da fita de nastro deve ser assegurada por duas pessoas: pelo enfermeiro e por um assistente operacional de saúde devidamente orientado ou por dois enfermeiros (o segundo enfermeiro segura a cânula de traqueostomia firmemente no local, enquanto o primeiro remove e substitui a fita de nastro), deixando um dedo entre a fita de fixação e o pescoço do doente.	<ul style="list-style-type: none"> • Deste modo previne-se a deslocação ou remoção acidental da cânula de traqueotomia, assegurando que se mantém no local adequado, minimizando a dor e o desconforto do doente durante o procedimento.
7. Realizar a higienização das mãos.	Uma correta higienização das mãos é o meio mais eficaz para a prevenção das IACS.

8.4. Cuidados à cânula de traqueotomia com cuff

Procedimento	Justificação
1. Em cada turno, ou no mínimo de oito em oito horas avaliar a pressão do cuff , utilizando um cuómetro . Manter a pressão do Cuff entre os 20-25mmHg, que corresponde a 25-35cmH ₂ O, salvo indicação médica em contrário.	<ul style="list-style-type: none"> • A não avaliação da pressão do cuff pode aumentar o risco de ocorrência de necrose ou estenose traqueal. • A hiperinsuflação do Cuff pode causar trauma da mucosa traqueal. A hipoinsuflação do cuff não permite uma selagem ou ventilação mecânica eficaz

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

	<p>e favorece a aspiração de conteúdo alimentar.</p> <ul style="list-style-type: none"> A palpação do balão externo não é um método adequado de estimativa de pressão, existindo uma grande probabilidade de se realizar uma avaliação incorreta da pressão do cuff através deste método. 								
<p>2. Insuflar o cuff da cânula de traqueostomia apenas se existir indicação clínica (como por exemplo, em situações de ventilação invasiva, até 24/48 horas após a realização da traqueotomia, entre outras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para insuflar o <i>cuff</i> seguir as recomendações do fabricante: Vigiar a pressão do <i>cuff</i> com um manómetro de pressão: <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Tamanho</th> <th>Insuflação (ml)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">14</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">17</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> A pressão não deve exceder os 35 cmH₂O, salvo em casos excepcionais (traqueomalácias); Recomendam-se <u>desinsuflações</u> periódicas do <i>cuff</i> para remover as secreções orofaríngeas que se acumulam no topo do <i>cuff</i> e aliviar a pressão da parede traqueal. 	Tamanho	Insuflação (ml)	6	14	7	17	10	20	<ul style="list-style-type: none"> A insuflação do cuff: <ol style="list-style-type: none"> Imediatamente após o pós-operatório reduz (não previne) a aspiração de sangue ou de líquido seroso decorrente do procedimento cirúrgico; Permite a selagem da traqueia para facilitar a ventilação mecânica; Estabiliza a cânula de traqueotomia na traqueia; Permite a proteção das vias aéreas em situações de alterações laríngeas.
Tamanho	Insuflação (ml)								
6	14								
7	17								
10	20								
<p>3. Vigiar a cânula interna de 1x/turno de forma a garantir a sua permeabilidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Com o objetivo de reduzir o risco de obstrução por acumulação de secreções. 								
<p>4. Limpar a cânula interna com soro</p>	<ul style="list-style-type: none"> A cânula deverá ser limpa diariamente, ou 								

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

<p>fisiológico ou de acordo com as indicações do fabricante antes de nova utilização.</p>	<p>sempre que necessário, com soro fisiológico ou água corrente recorrendo a um escovilhão. Deve adicionar-se água oxigenada ou soro se existirem secreções aderentes à cânula.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substituir esta cânula interna por outra de topo vermelho enquanto se faz a higienização.
<p>5. Ao <u>desinsuflar o Cuff</u>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao doente; 2. Aspirar a orofaringe para remover secreções que possam estar acima do <i>Cuff</i> insuflado; 3. Realizar o procedimento com dois enfermeiros: enquanto o primeiro aspira, o segundo vai esvaziando lentamente o <i>Cuff</i>; 4. Uma vez terminado o procedimento, os ruídos expiratórios podem ser ouvidos quando o fluxo de ar passa em redor da cânula de traqueostomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A aspiração da orofaringe e a realização da técnica com dois enfermeiros, ajuda a prevenir a infeção relacionada com a pneumonia por aspiração, devido à deslocação de alimentos e/ou secreções que estejam por cima do cuff e que se possam deslocar para o pulmão

8.5. Mudança da cânula de traqueotomia

<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicação para a mudança da cânula externa de traqueostomia: <ul style="list-style-type: none"> • Eletiva: a cânula de traqueotomia deve ser mudada de acordo com as indicações do fabricante ou quando se pretende substituir uma cânula com cuff para outra sem cuff ou para uma cânula 	
--	--

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

<p>fenestrada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergência: por deslocação, remoção acidental ou por obstrução da cânula de traqueostomia. Neste caso reintroduzir a cânula externa com o introdutor, depois de colocada, retirar o introdutor e colocar a cânula interna dentro da cânula externa. <p>O tempo mínimo para a primeira mudança da cânula ou descanulação é de 5-7 dias ou 7-10 dias.</p>	
<p>2. A mudança da cânula de traqueostomia deve ser sempre realizada pelo médico, com presença do enfermeiro responsável pelo doente.</p>	
<p>3. Antes de proceder à mudança da cânula de traqueostomia, confirmar qual o tipo de cânula, o tamanho, a data em que foi colocada e a última data de mudança da mesma.</p>	
<p>4. Se o doente estiver a ser alimentado por sonda <u>naso-gástrica</u> ou através de PEG, consultar a opinião clínica acerca da necessidade de interromper a alimentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De modo a reduzir o risco de aspiração de alimentos durante a mudança da cânula de traqueostomia.
<p>5. Ter material de emergência na unidade do doente, previamente testado antes de se realizar a mudança da cânula de traqueostomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De forma a assegurar a segurança do doente durante o procedimento.
<p>6. Substituir ou limpar a cânula interna pelo menos 1 vez por dia, dependendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Previne obstruções da cânula de traqueostomia

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

da quantidade de secreções.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder à sua limpeza com soro fisiológico ou água esterilizada, utilizando um escovilhão para remover as secreções de forma mecânica. Se as secreções forem muito secas e difíceis de retirar mergulhar o tubo numa taça com a diluição de ½ de SF ou água esterilizada. • Enquanto se realiza a limpeza da cânula interna, substituir pela cânula interna de topo vermelho transitoriamente.
7. As cânulas de traqueotomia não são re-esterilizadas, são de uso individual para cada doente;	

8.6. Higiene Oral

Procedimento	Justificação
Realizar higiene oral com solução oral com clorhexedina 0,2%, pelo menos 3vezes por dia; incentivar o doente a complementar a higiene com uma escova de dentes suave se tiver com capacidade para tal.	Uma correta e frequente higiene oral previne infeções.

8.7. Remoção da cânula de traqueotomia

Procedimento	Justificação
Existem quatro estadios para a remoção da cânula de traqueotomia que permitem avaliar se os doentes estarão aptos ou não, para a descanulação. No entanto, não é obrigatório que todos os doentes sejam avaliados em todos	

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

<p>Estadio III: Colocação de uma cânula de traqueotomia fenestrada com cânula interna fenestrada</p>	<p>6. Espera-se que o novo estoma reduza de tamanho em torno da nova cânula de traqueotomia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Desinsuflar o Cuff</u> antes de colocar a válvula fonatória; 2. Aspirar a orofaringe e traqueia; 3. Colocar a válvula por períodos de 5 a 15 minutos avaliando a tolerância do doente; 4. Permanecer junto do doente durante esse período e avaliar sinais de dificuldade respiratória; 5. Passado esse período, retirar a válvula e deixar o doente descansar trinta minutos; 6. Colocar novamente a válvula, aumentando para períodos de trinta minutos, e assim progressivamente com a finalidade que o doente tolere a válvula fonatória durante todo o dia; 7. Se o doente tolerar, manter a válvula fonatória colocada durante o período diurno; 8. Retirar a válvula fonatória durante a noite, devido a alterações da ventilação durante o sono.
<p>Estádio IV: Obturação da cânula de traqueotomia (só se a cânula externa e interna for fenestrada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde à fase final que antecede a remoção da cânula de traqueotomia. Esta é clampada para o doente respirar pelo nariz e boca. • De acordo com a tolerância do doente aumentar progressivamente o tempo em que a cânula de traqueotomia permanece

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

	<p>obturada (conforme procedimento anterior).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o doente tolerar pode deixar-se a cânula de traqueotomia obturada durante a noite. • Caso o doente tolere a obturação durante dois dias consecutivos, averiguar junto da equipa médica se a cânula de traqueotomia pode ser removida.
<p>Consideram-se como preditores para a remoção da cânula de traqueostomia os indicadores seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O doente conclui com sucesso os estádios descritos anteriormente (não esquecer que nem todos os doentes terão que passar pelos quatro estádios); 2. O doente tem uma tosse eficaz e é capaz de expelir secreções sem dificuldade; 3. O doente não apresenta sinais de hipoxia. <p>Como se remove a cânula:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remover a cânula de traqueotomia quando a equipa multidisciplinar estiver de acordo; 2. Se existir necessidade de o doente manter a entubação nasogástrica, não administrar alimentos duas horas antes; 4. Para otimizar a segurança do doente, garantir que todo o material de urgência está preparado e que a equipa médica está presente; 5. Colocar o doente em posição sentada, se tolerar; 6. Monitorizar as características da respiração e as saturações periféricas de oxigénio; 7. Aspirar secreções existentes; 	<p>A monitorização de saturações periféricas de oxigénio permite uma deteção precoce de que o fluxo de ar possa estar restringido.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA (PROPOSTA)	

<p>8. Soltar os laços da fita de nastro e retirar a cânula de traqueotomia suavemente e com firmeza, com um movimento para fora e para baixo;</p> <p>9. Depois de retirar a cânula de traqueotomia, garantir que o estoma fica limpo e seco;</p> <p>10. Realizar penso.</p> <p>11. Incentivar o doente a realizar exercícios de inspiração profunda e tossir. (Freeman, 2011) (ACSS, 2011)</p>	
--	--

9. INDICADORES

Não Aplicável

10. ANEXOS

Não Aplicável

Apêndice D – Instrumento de auditoria clínica para a proposta de norma sobre os cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI

Instrumento de Auditoria Clínica			
Norma “Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia sob VMI”			
Unidade:			
Data:	Equipa auditora:		
Critérios	Sim	Não	N/A
Cuidados ao estoma e pele na traqueostomia diariamente e sempre que o penso está húmido;			
Higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções;			
Substituição da cânula externa na traqueostomia de acordo com o protocolo definido a nível local e indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação médica;			
Material de fixação da cânula externa de traqueostomia trocado sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático;			
Permeabilidade das vias aéreas;			
Prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário.			
Existe evidência de que são registados no processo clínico todas as avaliações/procedimentos/avaliações efetuadas e resultado das mesmas, por ordem cronológica			
Subtotal			
ÍNDICE CONFORMIDADE			

Avaliação: $x = (\text{total de respostas SIM} / \text{total de respostas aplicáveis}) \times 100$

Apêndice E – Planos das sessões formativas

PLANO DE SESSÃO

Serviço: UCI do Centro Hospitalar Lisboa e Vale do Tejo
Formação: Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI
Duração: 40 minutos
Público-Alvo: Enfermeiros da UCI
Formador: João Martins (aluno da especialidade Médico-Cirúrgica)
Orientadores: Enf. ^a CA & Prof. Dulce Santiago
Objetivo Geral: Cuidados de Enfermagem ao doente com traqueostomia sob VMI
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">• Descrever o conceito de Traqueostomia/Traqueotomia;• Reconhecer possíveis complicações de uma Traqueostomia/traqueotomia;• Evidenciar os cuidados de enfermagem a pessoa com traqueostomia;

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia Pedagógica	Recursos Técnico/Pedagógicos	Critérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	- Apresentar o âmbito/contexto dos cuidados ao doente com Traqueostomia.	- Apresentação do tema; - Objetivos da Formação;	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala	5 min
Desenvolvimento	- Apresentar conceitos – Traqueostomia/Traqueotomia; - Descrever possíveis complicações da Traqueostomia/Traqueotomia; - Evidenciar os cuidados de enfermagem a pessoa com traqueostomia;	- Apresentação do Conceito de Traqueostomia/Traqueotomia; - Apresentação das complicações possíveis após Traqueostomia/Traqueotomia; - Apresentação das intervenções de enfermagem ao doente com traqueostomia.	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala	25 min
Conclusão	- Resumir a ação de formação dos cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia	- Resumo de ideias; - Clarificação de dúvidas;	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral. Participação dos formandos	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala; Preenchimento de um questionário	5 min.

PLANO DE SESSÃO

Serviço: UCI do Centro Hospitalar Lisboa e Vale do Tejo
Formação: Plasmaferese – Intervenção Especializada de Enfermagem
Duração: 40 minutos
Público-Alvo: Enfermeiros da UCI
Formador: João Martins (aluno da especialidade Médico-Cirúrgica)
Orientadores: Enf. ^a CA & Prof. Dulce Santiago
Objetivo Geral: Cuidados de Enfermagem ao doente com técnica Plasmaferese
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">• Descrever o conceito de Plasmaferese e sua técnica;• Apresentar o mecanismo da ação e suas complicações;• Enunciar intervenções de enfermagem durante a técnica de Plasmaferese;

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologia Pedagógica	Recursos Técnico/Pedagógicos	Critérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	- Apresentar o âmbito/contexto da Plasmeferese.	- Apresentação do tema; - Objetivos da Formação;	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala	5 min
Desenvolvimento	- Apresentar conceitos – Plasmaferese; - Descrever Técnica Plasmaferese; - Descrever o mecanismo da ação e suas complicações; - Enunciar intervenções de enfermagem durante a técnica Plasmaferese.	- Apresentação do Conceito de Plasmaferese; - Apresentação da técnica Plasmaferese; - Indicações e contra-indicações da técnica Plasmaferese; - Apresentação dos mecanismos da ação e suas complicações na técnica Plasmaferese; - Apresentação das intervenções de enfermagem durante a técnica Plasmaferese.	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala	25 min

Conclusão	- Resumir a ação de formação Plasmaferese	- Resumo de ideias; - Clarificação de dúvidas;	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral. Participação dos formandos	Computador e Projetor Multimédia	Observação direta em sala; Preenchimento de um questionário	5 min.
------------------	---	---	---	-------------------------------------	--	--------

Apêndice F – Apresentação das Sessões formativas

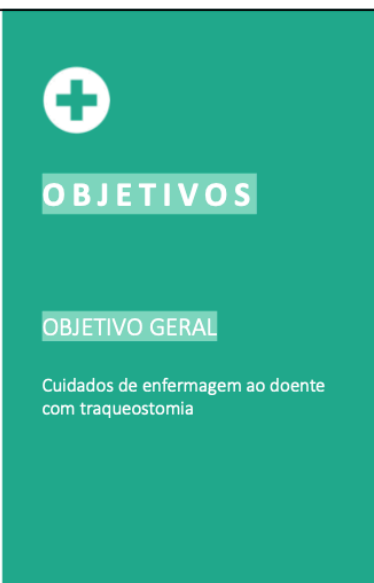


Cuidados de Enfermagem ao doente com Traqueostomia

UCI

JOÃO MARTINS | Nº 47185
CA

1



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o conceito de Traqueostomia/Traqueotomia
- Reconhecer possíveis complicações da Traqueostomia/Traqueotomia
- Evidenciar os cuidados de enfermagem a pessoa com traqueostomia

2

CONCEITOS

TRAQUEOTOMIA

Consiste numa intervenção cirúrgica na qual é feita uma abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia, na face anterior do pescoço ao nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide, na qual se insere uma cânula (interna e externa) de diâmetro e comprimento adequado com ou sem *cuff* (balão) de forma a manter as vias aéreas permeáveis.

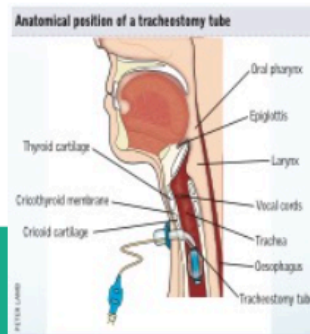
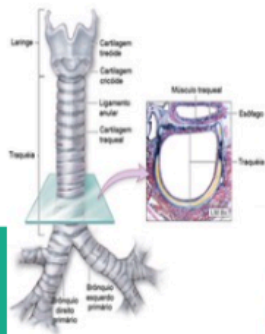
TRAQUEOSTOMIA

Consiste num procedimento de maior complexidade, no qual é feita uma abertura cirúrgica da traqueia seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, ou seja, o ato de realizar um traqueostoma para preservar a função respiratória. É sempre definitivo e realiza-se nas laringectomias totais e na presença de graves problemas de deglutição (glossectomia). A respiração faz-se exclusivamente pelo orifício do traqueostoma.

DGS, 2017

3

ANATOMIA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS



Freeman, 2011

4



INDICAÇÕES PARA TRAQUEOSTOMIA

- Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico;
- Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio);
- Traumatismos faciais ou cervicais;
- Corpos estranhos faringolaríngeos;
- Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal;
- Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço;
- Insuficiência respiratória crónica;
- Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensáveis a sedação da pessoa);

DGS, 2017

5



INDICAÇÕES PARA TRAQUEOSTOMIA

- Síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas;
- Paralisia bilateral das cordas vocais;
- Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares;
- Edema pós-radioterapia;
- Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos)

DGS, 2017

6

COMPLICAÇÕES

MEDIATAS

- dor e edema;
- afonia (ausência total de voz);
- aumento das secreções traqueais;
- mau posicionamento ou falso trajeto da cânula;
- apneia por terminar o estímulo respiratório hipóxico;
- sinais e sintomas de hemorragia;
- obstrução da via aérea/cânula por tampão mucoso;
- pneumotórax ou pneumomediastino;
- lesão das estruturas adjacentes (parede posterior da traqueia, esófago, carótida, tronco braquiocefálico, nervos recorrentes, glândula tireoide)

DGS, 2017

7

COMPLICAÇÕES

MEDIATAS

- sinais e sintomas de hemorragia;
- Infecção;
- infecção e deiscência da sutura;
- Traquite;
- Celulite;
- exteriorização da cânula externa na traqueoesofágica;
- dor e edema;
- secreções purulentas e/ou com cheiro fétido

DGS, 2017

8

COMPLICAÇÕES

MEDIATAS

- sinais e sintomas de hemorragia;
- Infecção;
- infecção e deiscência da sutura;
- Traquite;
- Celulite;
- exteriorização da cânula externa na traqueoesofágica;
- dor e edema;
- secreções purulentas e/ou com cheiro fétido

DGS, 2017

9


COMPLICAÇÕES

TARDIAS


- dificuldades na extubação;
- disfagia;
- recidiva tumoral;
- estenose traqueal;
- tecido granulação;
- hemorragia;
- complicações da prótese fonatória (candidíase, rejeição, etc.);
- fistulas;
- lesões cutâneas peri-estoma (maceração, eritema, escoriação, úlcera)

DGS, 2017

10




CUIDADOS DE ENFERMAGEM



- Aspirações de secreções brônquicas
- Cuidados ao estoma
- Cuidados à cânula de traqueostomia com *cuff*
- Mudança da cânula de traqueostomia
- Higiene Oral
- Remoção da cânula de traqueostomia

060, 2017

11



Aspiração de secreções brônquicas

- Avaliar a permeabilidade das vias aéreas da pessoa com traqueostomia;
- Frequência da aspiração (avaliar a necessidade);
- Utilizar técnica asséptica;
- Utilizar preferencialmente aspiração em circuito fechado;
- Escolher sonda de aspiração de diâmetro médio com múltiplos orifícios;
- A introdução da sonda não deve exceder o comprimento do tubo de traqueostomia;
- Regular a pressão de aspiração entre os 100 mmHg e 120 mmHg;
- Cada aspiração não deve exceder os 15 segundos e, no máximo, com 3 repetições;
- Realizar Nebulização e Pré-oxigenação por um período superior a 30 segundo antes da aspiração;
- Não instilar solução salina para realizar aspiração por rotina.

12



Cuidados ao estoma

- Observar a pele peri-estoma;
- Utilizar técnica asséptica;
- Limpar o estoma com Soro Fisiológico 0,9%;
- Utilizar penso fino;
- Mudar penso do estoma e a fita de nastro diariamente ou sempre que estejam húmidos;
- Realizar técnica de mudança de fita de nastro por 2 pessoas;

13



Cuidados à cânula de traqueostomia com *cuff*

- Avaliar a pressão do *cuff* em cada turno;
- Insuflar o *cuff* da cânula apenas se existir indicação clínica;
- A pressão do *cuff* não deve exceder os 35 cmH₂O;
- Vigiar a cânula interna 1x/turno;
- Limpar a cânula interna com S.F. 0,9%;
- Ao desinsuflar o *cuff*, aspirar a orofaringe para remover as secreções que possam estar acima do *cuff* insuflado.

14



Mudança da cânula de traqueostomi a

- Indicação para a mudança da cânula externa de traqueostomia: **Eletiva e Emergente**;
- O tempo mínimo para a primeira mudança da cânula ou descanulação é de 5-7 dias ou 7-10 dias respetivamente;
- Deve ser sempre realizada pelo médico, com presença do enfermeiro;
- Confirmar o tipo de cânula, tamanho antes de proceder à mudança;
- Se tiver com alimentação por sonda ou PEG, questionar a interrupção da alimentação;
- Ter material de emergência na unidade do doente;
- Substituir ou limpar a cânula interna pelo menos 1x/dia, dependendo da quantidade de secreções.

15



Higiene oral

- Realizar higiene oral com solução oral com clorhexedina 0,2% pelo menos 3 vezes por dia.

16



Remoção da cânula de traqueostomia

Existem quatro estádios para a remoção de traqueostomia:

- **Estadio I** - Tolerância à desinsuflação do Cuff;
- **Estadio II** - Colocação de cânula de traqueostomia de diâmetro inferior;
- **Estadio III** - Colocação de uma cânula de traqueostomia fenestrada com cânula interna fenestrada
- **Estadio IV** - Obturação da cânula de traqueostomia (só se a cânula externa e interna for fenestrada).

17

Referências:

- ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Retrieved from ACSS: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf>
- Barroso, A., & Soares, J. (2017). Análise da pressão do cuff/balonete em pacientes sob ventilação mecânica invasiva na unidade de terapia intensiva (UTI). *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 07-20.
- Bodenham, A, Bell, D., Bonner, S., Branch, F. et al. (2014). Standards for the care of adults patients with a temporary tracheostomy; STANDARDS AND GUIDELINES. Intensive Care Society standards. Disponível em www.isc.ac.uk
- Costa, E., Rodrigues, C., Matias, J., Bezerra, S., Rocha, D., Machado, R., . . . Ribeiro, I. (2019). Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 169-178.
- Dawson, D. (2014). Essential principles: (Costa, et al., 2019) tracheostomy care in the adult patient. *British Association of critical care nurses*. 19 (2)
- DGS. (2017, março 03). Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Retrieved from DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Freeman, S. (2011). Care of Adult patients with a temporary tracheostomy. *Nurs Stand.*, 49-56.
- Marsico, P., & Marsico, G. (2010). Traqueostomia. *Pulmão RJ*, 24-32.
- Mota, J., Rodrigues, Y., & Souza, F. (2020). Análise do tempo de retirada do respirador artificial no paciente submetido a traqueostomia precoce após sete dias de ventilação mecânica invasiva. *Fisioter. Pesqui.*, 306-311.
- Morris, L., Withmer, A., McIntosh, E. (2013). Tracheostomy Care and Complications in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 33 (5)
- Queiros, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Construção do Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 51-60.

18



1

OBJETIVOS

- Descrever o conceito de Plasmaferese e sua técnica;
- Apresentar o mecanismo da ação e suas complicações;
- Enunciar intervenções de enfermagem durante a técnica de Plasmaferese.

2

PLASMAFERESE

A plasmaferese é um procedimento terapêutico no qual o sangue do doente passa por um dispositivo médico que separa o plasma de outros componentes do sangue para remover compostos de alto peso molecular.

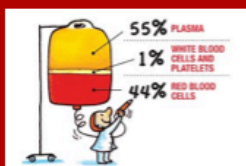
Estes compostos podem ser anticorpos, toxinas e outras moléculas específicas de doenças.

O Plasma é removido e substituído por uma solução de reposição, como solução colóide (Por exemplo Albumina e/ou Plasma) ou uma combinação de solução cristalóide/colóide.

Faria R., et al., 2021

3

PLASMA



- Corresponde a 55% do volume de sangue;
- É composto por 90% de água e 10% de proteínas, anticorpos, enzimas, glicose, sais minerais, fatores da coagulação, etc.;
- Muitas doenças são causadas por elementos anormais presentes no plasma, tais como auto-anticorpos, toxinas e proteínas anômalas, um método no qual estas substâncias possam ser removidas do plasma torna-se um tratamento muito útil.

Ferreira, 2014

4

INDICAÇÕES

A indicação para plasmaferese na remoção de substâncias em detrimento do uso de outras técnicas de circulação extracorporeal, prende-se essencialmente com as características da substância a ser removida:

- Ter um peso molecular elevado (>15000 Da), que impeça a sua remoção por outras técnicas mais baratas (HF, HD alto fluxo);
- Ter uma semi-vida suficientemente longa para ser mais rápida a sua depuração por plasmaferese que por via endógena;
- Ser tão tóxica de uma forma aguda que a sua rápida eliminação seja indicada.

Kaplan AA, Fridey JL., 2011

5

PRINCIPAIS APLICAÇÕES DA PLASMAFERESE

Doenças auto-imunes: o sistema imunitário ataca os tecidos do próprio organismo. Em muitas doenças auto-imunes, as principais armas de ataque são anticorpos, proteínas que circulam na corrente sanguínea;

Remover anticorpos a partir da corrente sanguínea, impedindo-os de atacar os seus alvos. Não afeta diretamente a capacidade do sistema imunológico para fazer mais anticorpos- **benefício temporário**.

Ferreira, 2014

6

APLICAÇÕES DA PLASMAFERESE

- As aplicações podem ser divididas em duas categorias:
- **Aguda auto-limitada** - doenças, em que a plasmaferese é utilizada para reduzir de forma aguda a substância patogénica circulante;
- **Doenças crónicas** - em que há produção de autoanticorpos patogénicos.

Ferreira, 2014

7

APLICAÇÕES DA PLASMAFERESE

Doenças Auto-imunes:

- Crioglobulinemia;
- Vasculite;
- Síndrome antifosfolípido.

Transplante:

- ABO transplante de rim incompatível;
- Rejeição aguda do enxerto renal.

Doenças Neurológicas:

- Síndrome de Guillain-Barre;
- Polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante;
- Esclerose múltipla;
- Miastenia gravis;

Doenças Renais:

- Síndrome de Goodpasture;
- vasculite ANCA;

8

APLICAÇÕES DA PLASMAFERESE

Doenças Hematológicas:

- ABO- transplante de células progenitoras hematopoéticas incompatível;
- Síndromes de hiperviscosidade associados ao mieloma múltiplo ou ao síndrome de Waldenström;
- Macroglobulinemia;
- Púrpura trombocitopénica idiopática;
- Púrpura Trombocitopénica trombótica;
- Síndrome hemolítico-urémico;
- Mieloma com insuficiência renal aguda;

9

APLICAÇÕES DA PLASMAFERESE

Em investigação:

- ABO- transplante fígado incompatível;
- Encefalomielite disseminada aguda;
- Insuficiência hepática aguda;
- Esclerose lateral amiotrófica (ELA);
- Anemia aplásica;
- Anemia hemolítica auto-imune;
- Tratamento da rejeição do transplante de coração;
- Síndrome de Lambert-Eaton;
- Síndromes paraneoplásicos;

10

TÉCNICA PLASMAFERESE

Os métodos de separação de plasma podem ser centrifugação ou filtração.

A centrifugação foi o primeiro método usado para Plasmaferese e depende da variação da gravidade específica dos componentes do sangue.

A filtração é um método de separação baseado em membrana, que se baseia no tamanho das partículas.

Com os avanços na tecnologia de membranas, tornou-se mais biocompatível, mais segura e mais adaptável às máquinas convencionais de hemodiálise e hemofiltração.

Faria R., et al., 2021

11

TÉCNICA PLASMAFERESE

- O tamanho dos poros do plasmafiltro é maior, com diâmetros entre 0,2 a 0,77 μm .
- A pressão trans-membrana deve ser menos elevada, idealmente ser $< 70\text{mmHg}$.
- O volume de preenchimento do filtro varia entre 7 e 35 ml.
- A velocidade de bomba de sangue usada pode variar entre 100 e 200mL/min, geralmente 150mL/min.

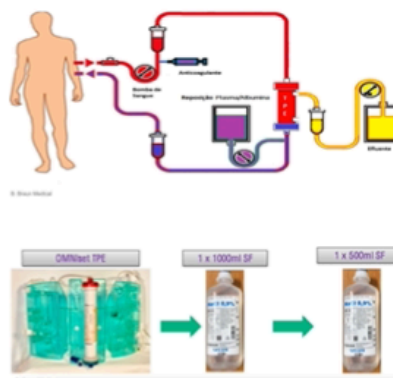
Floege J et al., 2010



12

TÉCNICA PLASMAFERESE

- A duração da sessão habitualmente é de cerca de 1,5 a 2 horas/sessão
- O número total de sessões de plasmaferese depende da substância a eliminar.
- A frequência das sessões podem ser diárias ou em dias alternados.
- O volume plasmático a ser substituído é de cerca de 40mL/Kg.



Floege J et al., 2010

13

TÉCNICA PLASMAFERESE

- A albumina humana 5% é comumente usada e amplamente aceita como fluido de reposição, exceto as doenças hematológicas em que o plasma fresco congelado é usado.
- Associar albumina a PFC (500ml no fim da sessão) se:
 - Necessidade de proceder a técnica invasiva ou cirurgia;
 - Elevado risco hemorrágico;
 - Doseamento de fibrinogénio <1.25-1.5g/L ou aPTT 2 a 3 segundos acima do normal.
- Associar albumina com cristaloides (80%/20%) ou coloides sintéticos (50%/50%)

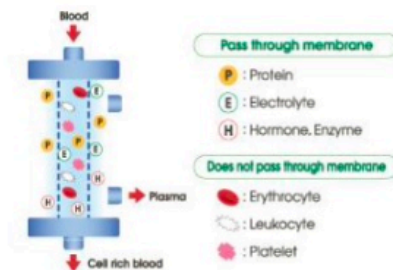


Floege J et al., 2010

14

MECANISMO DE SEPARAÇÃO DO PLASMA

- Plasma e proteínas passam através da membrana;
- É aplicada uma pressão negativa para remover o plasma;
- Plasma e patogênicos no plasma são removidos;
- Poros são pequenos- componentes celulares não passam através da membrana;
- Eritrócitos, leucócitos e plaquetas são devolvidos ao doente.



Ferreira, 2014

15

ANTICOAGULAÇÃO

A anticoagulação é feita com heparina não fracionada administrada em pré-filtro.

Deve fazer-se uma dose de carga de 3000-5000 UI (ou 40-60UI/Kg peso) e 500-2000 UI/h de dose de manutenção.

O citrato raramente tem indicação na plasmaferese por plasmafiltro ao contrário dos sistemas por centrifugação.

Kaplan AA, Fridey JL., 2011

16

MECANISMOS DE AÇÃO

Mecanismo de ação	Doença
Remoção dos fatores circulantes patológicos	
Complexos imunitários	Nefrite lúpica
Crioglobulinas	Crioglobulinemia
Proteína do mieloma	Mieloma múltiplo
Endotoxinas bacterianas	Sepsis
Intoxicação ou overdose de drogas	Intoxicação
Efeitos sobre o sistema imunológico	
Remoção de citocinas	Sepsis
Remoção dos produtos de complemento	Nefrite lúpica
Efeito sobre a regulação imune	Transplante
Melhoria da função do sistema retículo-endotelial	Crioglobulinemia

Ferreira, 2014

17

COMPLICAÇÕES

As complicações da plasmáfereze são raras. Podem ser divididas da seguinte maneira:

Hemodinâmicas e cardiovasculares

- Hipotensão é a mais frequente (19% dos casos)
- Outras como IC descompensada, síndrome de dificuldade respiratória do adulto, isquemia do miocárdio ou arritmias estão ocasionalmente descritos.

Floege J et al., 2010

18

COMPLICAÇÕES

Relacionadas com o acesso vascular

- A utilização de cateteres venosos centrais pode trazer complicações na sua colocação (hematoma, punção arterial, pneumotórax) e acarreta risco de infecção.

Relacionadas com a técnica

- A utilização de circuitos extracorporais pode complicar-se de coagulação do sistema e mais raramente hemólise, embolia gasosa ou hemorragia.

Relacionadas com depleção de constituintes do plasma

- A depleção de plaquetas e fatores de coagulação pode levar a hemorragia ou paradoxalmente a trombozes espontâneas.

Kaplan AA, Fridey JL., 2011

19

COMPLICAÇÕES

Relacionadas com o líquido de substituição

- As complicações com a albumina são raras, mas ocasionalmente estão descritos calafrios ou febre.
- O uso de PFC poderá originar reações alérgicas (manifestadas por hipotensão, urticária, broncospasmo e mesmo edema agudo do pulmão).
- Existe algumas reações que podem ser devidas ao uso de citrato nas preparações de PFC, como a hipocalcemia (expressa por hiperexcitabilidade neuromuscular, parestesias, arritmias) ou alcalose metabólica.

Kaplan AA, Fridey JL., 2011

20

COMPLICAÇÕES

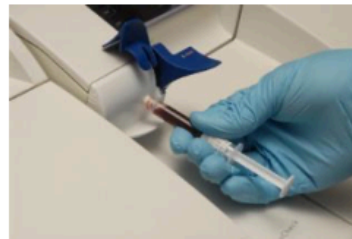
Complicações relacionadas com:	
Acesso:	Factores de coagulação
• Pneumotorax	• Hemorragia, Trombocitopenia
• Infecção	Produtos derivados do sangue
• Trombose	• Reação alérgica: anafilaxia, urticária
• Hemorragia	• Transmissão de infeções
• Obstrução	Remoção do plasma
	• Coagulopatia (plasmaferese remove os factores de coagulação)
	• Hemorragia (evitar cirurgias 48h após)
Outros	
• Bacteriémia	• Alcalose (citrato)
• Hipotensão	• Febre
• Hipocalcemia	• Náusea

Ferreira, 2014

21

MONITORIZAR

- Sinais Vitais
 - Balanço Hídrico
 - Avaliação de PVC
- GSA**
- K⁺, Ca²⁺, HCO₃
 - Hemograma e plaquetas
 - Estudo de coagulação



22

PLANO DE CUIDADOS - UCI

DIAGNÓSTICOS DE ALTA SENSIBILIDADE

- Risco de Dor Presente

DIAGNÓSTICOS PRIORITÁRIOS

- Risco de Hipotensão
- Risco de hemorragia

OUTROS DIAGNÓSTICOS

- Risco de Arritmia
- Risco de Hipocalcemia
- Risco de infeçã
- Risco de hematoma
- Risco de alcalose Metabólica
- Risco de alergia à Medicação

23

PLANO DE CUIDADOS - UCI

DIAGNÓSTICOS ALTA SENSIBILIDADE – RISCO DE DOR PRESENTE

RESULTADOS ESPERADOS:

Alívio da dor e prevenção de complicações.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Monitorizar e avaliar as características da dor;
- Monitorização parâmetros vitais e alterações eletrocardiográficas;
- Controlar a dor;
- Gerir a dor e sintomas;
- Avaliar o controlo dos sintomas;
- Administrar medicação para a dor;
- Gerir o efeito secundário da medicação;
- Promover um ambiente calmo;
- Encorajar/manter/promover o repouso.

Perfil de competências do enfermeiro especialista MC-PSC: “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (...) e demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor”

IOE, Regulamento 429/2014, p.19360.

24

PLANO DE CUIDADOS - UCI

DIAGNÓSTICOS PRIORITÁRIOS– RISCO DE HEMORRAGIA/HEMATOMA

RESULTADOS ESPERADOS:

Prevenir a hemorragia.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Avaliar perda sanguínea;
- Avaliar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Monitorizar parâmetros vitais;
- Vigiar hematoma;
- Monitorizar estado de consciência.

Perfil de competências do enfermeiro especialista
MC-PSC: “identificar prontamente focos de instabilidade(...) responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”

(DE, Regulamento 429/2018, p. 19360)

25

PLANO DE CUIDADOS - UCI

DIAGNÓSTICOS PRIORITÁRIOS– RISCO DE HIPOTENSÃO

RESULTADOS ESPERADOS:

Prevenir a hipotensão.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Monitorizar parâmetros vitais;
- Avaliar sintomas mais comuns da hipotensão (sudorese, palidez cutânea);
- Observar indicadores de desidratação;
- Iniciar reposição de líquidos prescrita;
- Posicionar o doente em *trendelemburg*;

Perfil de competências do enfermeiro especialista
MC-PSC: “Executar cuidados técnicos de alta complexidade(...) diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos”

(DE, Regulamento 429/2018, p. 19360)

Costa RHS, Dantas ALM, Leite EMD et al., 2015

26

CONCLUSÃO

- Nas doenças auto-imunes, as principais armas de ataque são anticorpos e proteínas que se encontram no plasma;
- A Plasmaferese remove anticorpos e proteínas- impedindo-os de atacar os órgãos alvo;
- É uma técnica que não afeta diretamente a capacidade do sistema imunológico para fazer mais anticorpos – temporária;

27

CONCLUSÃO

- As complicações mais frequentes: hipotensão, anafilaxia ou reações alérgicas, infecções bacterianas (supressão do sistema imunológico), hemorragia, hematomas e hipocalcemia, tonturas, náuseas;
- É importante monitorizar Sinais Vitais e níveis de Bicarbonato, Potássio e de Cálcio .
- Efetuar hemograma e estudo de coagulação no final (porque pode ocorrer hemólise, diminuição da hemoglobina e remoção dos fatores de coagulação)

28

DÚVIDAS?

29

Referências:

- Costa RHS, Dantas ALM, Leite EMD et al. Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. *J. res.: fundam. Care. Online* 2015. jan./mar. 7(1): 2137-2146.
- Faria R, et al. Plasmaférese em cuidados intensivos, *Acta Med Port* 2021 34 (AOP).
- Ferreira, P. Relatório de Estágio. Da teoria à prática: Abordagem do doente em situação crítica. Abril. 2014.
- Kaplan AA, Fridey JL. Prescription and Technique of therapeutic plasma Exchange. *Up to Date Set* 2011.
- Kaplan AA, Fridey JL. Indications for therapeutic plasma Exchange. *Up to date Set* 2011.
- Floege J et al. *Comprehensive Clinical Nephrology. Elsevier* 4th Ed. 2010; 1108-1116.

30



31

Apêndice G – Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo – Unidade de Cuidados Intensivos

Plano de Desenvolvimento de Competências

Docente:

Professora Dulce Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira CA

Discente:

João Martins, n.º 47185

Novembro, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

PROJETO DE ESTÁGIO

Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo – Unidade de Cuidados Intensivos

Plano de Desenvolvimento de Competências

Docente:

Professora Dulce Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira CA

Discente:

João Martins, n.º 47185

Novembro, 2021

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PE – Projeto de Estágio

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de vida

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS
COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

TABELA 2. OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS
ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM
4. CONCLUSÃO
5. ***REFERÊNCIAS***

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, inserida no 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus entre 2020/2022.

O Estágio Final desenvolve-se ao longo de 18 semanas, no período entre 13 de Setembro de 2021 e 28 de Janeiro de 2022 e compreende 388 horas de contacto, distribuídas da seguinte forma: 336 horas de estágio, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas de outras. Será realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo sob a supervisão e orientação da docente Professora Doutora Dulce Santiago e da Enfermeira Especialista em EMC CA.

Para iniciar este trabalho importa clarificar o conceito de *projeto*, podendo este ser definido como uma *“Etapa preliminar de uma investigação científica, no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objeto do estudo e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação”* (Fortin, 1999, p. 374). Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010, p.4), o Projeto é *“um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão estudar”*, possibilitando o desenvolvimento de competências e características pessoais.

Para Barbier (1993, p.52) *“Projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato.”*

O enfermeiro especialista é *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744). No seguimento, *“o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”* (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Nesse contexto, é imprescindível a conceção e planificação de um projeto, necessariamente prático, preciso, consistente e metodizado, com objetivos e atividades a serem desenvolvidas que os concretizam, suportando-se numa necessária reflexão prévia, que se constitua como uma base central para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns

e competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC).

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos. Após a introdução, na qual se procede à contextualização e à definição dos objetivos do PE, segue-se o primeiro capítulo que é um enquadramento do meu percurso profissional. Posteriormente seguem-se o segundo e terceiro capítulos nos quais constam, sob a forma de tabelas, as atividades a desenvolver durante o estágio, com vista a adquirir e consolidar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área da PSC. O quarto capítulo aborda as atividades que me proponho desenvolver para a obtenção do grau de mestre em enfermagem. Por último encontra-se a conclusão, na qual será realizada uma breve síntese e análise reflexiva acerca da elaboração deste PE.

O presente trabalho segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO

Por forma a enquadrar o projeto de estágio, irei proceder à análise do meu percurso enquanto enfermeiro desde 2013 até ao meu estágio final.

1.1.PERCURSO PROFISSIONAL

No dia 1 de abril de 2013 iniciei a atividade profissional no Estabelecimento Prisional Vale de Judeus. A experiência profissional foi de 1 ano e 4 meses. Neste contexto não desenvolvi experiência em situação crítica, mas foi muito enriquecedor na abordagem ao doente de saúde mental, com melhoria de conhecimentos farmacológicos e com melhoria na segurança dos cuidados. Posteriormente em agosto de 2014 iniciei funções no Serviço de Urgência Geral no Hospital de São Bernardo em Setúbal. Neste contexto consegui desenvolver diversas competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica, com promoção contínua e desenvolvimento profissional e pessoal.

Tendo em conta o supramencionado, importa referir que o primeiro estágio, do plano de estudos do mestrado em enfermagem, foi-me creditado por processo de Reconhecimento/Validação de Competências, através da experiência comprovada em serviço de urgência com mais de 3 anos.

Ao longo dos 7 anos de experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, várias foram as competências adquiridas, como também o desenvolvimento teórico-prático frequentando a pós-graduação avançada em doente crítico no ano letivo 2015/2016 na universidade Atlântica, realizando vários cursos certificados a nível nacional e internacional como o Suporte Avançado de Vida (SAV), International Trauma Life Support (ITLS) e o Curso de Emergências Médicas e Transporte de Doente Crítico (EMPACT Provider Course), como também a realização do curso de Viatura de Emergência Médica (VMER) de outubro a dezembro de 2020, terminando o estágio em março de 2021. Assim, a frequência da vertente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, revelou-se essencial para a consolidação das competências anteriormente adquiridas e consciencialização acerca das competências a desenvolver e otimizar.

Desta forma, o Estágio Final revela-se um elemento imprescindível para o meu percurso académico e profissional, como oportunidade exímia para a efetivação de atividades que

impulsionam o fortalecimento de competências clínicas especializadas e desenvolvimento de competências de investigação.

2. PROJETO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume no Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que define como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são parte integrante os seguintes domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Tendo em consideração o supracitado, ao longo do estágio final, irei desenvolver competências nos diferentes domínios, através das atividades apresentadas na tabela abaixo.

TABELA 1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Responsabilidade profissional, ética e legal	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar no processo de tomada de decisão, suportado em princípios e valores éticos e deontológicos. - Salvar e respeitar os direitos humanos no exercício da prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar conhecimentos desenvolvidos na unidade curricular do 1.º semestre: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem; - Consulta de documentos que regem a prática da enfermagem, nomeadamente, o Código Deontológico dos Enfermeiros, integrada no estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); - Garantir o cumprimento dos princípios éticos e aplicação do Código Deontológico nas decisões inerentes a toda a prática clínica; - Demonstra, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, uma prática baseada nos princípios legais e ético-deontológicos que orientam a profissão de enfermagem; - Participação na construção de tomada de decisão em equipa; - Fundamentar a tomada de decisão com base no conhecimento dos princípios, deveres e legislação; - Análise e discussão de situações complexas com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe equipa multidisciplinar; - Reflexão crítica e fundamentada nos processos de tomada de decisão em termos éticos, deontológicos, do enquadramento jurídico em saúde, dos direitos humanos e da responsabilidade profissional; - Inclusão do doente/família nos processos de tomada de decisão, sempre que possível; - Fomentar o respeito pelo direito da pessoa à privacidade, à escolha e à autodeterminação. - Demonstração de uma prática profissional baseada no respeito pelos direitos humanos, assegurando, entre outros, a confidencialidade, a segurança, a privacidade, o respeito pelas crenças e valores e a autonomia da pessoa.

<p>Melhoria contínua da qualidade</p>	<p>B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar em articulação com as iniciativas e projetos institucionais. - Desenvolver práticas de enfermagem de qualidade à pessoa e família/cuidador, colaborando em programas de melhoria contínua em desenvolvimento na UCI e instituição. - Promover a segurança e o bem-estar físico e psicossocial da pessoa e família/cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura e revisão dos conteúdos lecionados na unidade curricular Gestão em Saúde e Governação Clínica; - Consulta de programas de melhoria contínua em vigor e de projetos em desenvolvimento na UCI e instituição; - Reunir informação sobre a organização: recursos humanos, recursos materiais/físicos e produção de cuidados, através da observação, consulta de documentação disponível e informação partilhada pelos diversos elementos da equipa; - Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre temas que requeiram atualização e aprofundamento de conhecimentos; - Revisão de diretivas na área da qualidade, garantindo a melhoria contínua; - Participar em projetos institucionais na área da qualidade; - Identificação, análise e estabelecimento de prioridades no que respeita às necessidades formativas da UCI, através de entrevista informal com a enfermeira orientadora, responsável pela formação em serviço e enfermeira chefe; - Avaliação da pertinência da temática do Projeto de Intervenção com a docente orientadora; - Elaboração e apresentação de um Projeto de Intervenção na UCI de acordo com as necessidades identificadas, de forma a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem; - Realização de um artigo científico acerca de uma das vertentes de cuidados do doente crítico; - Conhecer os protocolos clínicos, não clínicos e projetos implementados na UCI-HNSR, EPE; - Planeamento dos cuidados de enfermagem com vista ao desenvolvimento de práticas de qualidade em conformidade com os programas de melhoria continua do serviço/instituição, assegurando a sua continuidade por meio de registos e de transmissão de informação pertinente e segura à equipa multidisciplinar. - Compreender os projetos de melhoria contínua de qualidade no que respeita à gestão do risco e segurança do doente desenvolvidos na UCI e instituição. - Conhecer o sistema desenvolvido para a comunicação de riscos e incidentes adversos.
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na identificação de riscos reais ou potenciais, para a pessoa em situação crítica/família/cuidador e/ou equipa. - Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de garantia da segurança do doente e equipa. - Compreender a organização, armazenamento, preparação e administração de terapêutica, de modo a prevenir e minimizar os riscos e complicações inerentes à aplicação de protocolos terapêuticos complexos. - Promover um ambiente terapêutico e seguro, com recurso a estratégias eficazes de gestão do risco. - Instituir medidas farmacológicas e não farmacológicas que visem a gestão da dor e o bem-estar da pessoa doente. - Estimular o envolvimento da família/cuidador no processo terapêutico.
Gestão dos cuidados	<p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir competências na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. - Adquirir competências de liderança e gestão de recursos atendendo às situações e ao contexto encontrados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a dinâmica e a articulação da equipa de saúde; - Reconhecimento de situações clínicas que carecem da necessidade de referenciação, intervenção e assessoria por parte de outros profissionais de saúde; - Compreender a intervenção do enfermeiro responsável de turno; - Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. - Adquirir conhecimento acerca de processos de liderança e gestão de recursos humanos, estruturais e materiais em contexto de UCI; - Adequar de forma eficaz os recursos existentes às necessidades de cuidados identificadas; - Observação e reflexão sobre a organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados; - Colaborar para a promoção do trabalho em equipa e otimização de resultados.

<p>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver pensamento crítico-reflexivo. - Desenvolver o autoconhecimento e assertividade. - Desenvolver e fundamentar a prática clínica com base na evidência científica atual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre as competências e os limites pessoais e profissionais relevantes à prestação de cuidados de enfermagem especializados; - Consciencialização sobre a influência pessoal na relação profissional; - Atuar assertivamente perante situações críticas; - Reconhecer, prevenir e gerir situações potencialmente geradoras de conflito. - Desenvolver pensamento crítico-reflexivo; - Identificação das necessidades ou lacunas formativas/de conhecimento através de entrevistas informais com os pares recorrendo também à observação direta; - Participar em ações formativas que contribuam para o desenvolvimento de competências, caso se proporcione; - Mobilizar conhecimentos e realizar pesquisa bibliográfica constante, suportando a prática clínica especializada em evidencia científica atual; - Colaborar em estudos de investigação e/ou projetos em curso ou em desenvolvimento no serviço. - Esclarecimento de dúvidas com enfermeira orientadora.
---	---	---	---

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao longo deste capítulo irei descrever, sucintamente em forma de tabela, os objetivos e as atividades a desenvolver no decorrer do Estágio Final, de modo a adquirir e consolidar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC, conforme regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, no Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro.

De acordo com o Anexo II do Regulamento n.º 429/2018, 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” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362). Consideram-se assim que, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

Desta forma, o enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC são descritas como:

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

(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359).

Na tabela que se segue são descritos os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio para adquirir as competências supramencionadas.

TABELA 2. OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica internada na UCI. - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos. - Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter noção da estrutura física, orgânica e funcional da UCI; - Compreender a constituição da equipa multidisciplinar, funções dos diferentes elementos e método de distribuição de trabalho; - Integração e estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade e iniciativa para adquirir e desenvolver competências; - Consultar normas e protocolos existentes, assim como projetos em desenvolvimento; - Identificar o circuito realizado pela pessoa em situação crítica, desde a sua admissão na UCI à transferência/alta, assim como a articulação da UCI com outros serviços; - Mobilizar conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada; - Colaborar no acolhimento do doente crítico/família em UCI; - Cooperação no transporte do doente crítico; - Observar e colaborar com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados de alta complexidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada em UCI, identificando atempadamente eventuais focos de instabilidade e desenvolvendo uma resposta precoce e adequada; - Pesquisar evidência científica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; - Gestão de protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica e proceder à monitorização e avaliação contínua da sua resposta aos mesmos, adequando as intervenções aos problemas identificados; - Gestão de protocolos complexos de analgesia, sedação e delirium no doente crítico; - Demonstração de conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (caso se proporcione);

		<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de conhecimentos em International Trauma Life Support (caso se proporcionar); - Garantir a segurança da pessoa em situação crítica através de registos e da transmissão de informação à equipa multidisciplinar, assegurando a continuidade dos cuidados; - Identificação e aplicação das escalas de avaliação e monitorização da dor em vigor no serviço; - Aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa em situação crítica internada na UCI; - Mobilizar conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental e Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 sobre autoconhecimento, comunicação e gestão de crise; - Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, família/ cuidador em situação crítica; - Demonstração de técnicas de comunicação verbais e não verbais na prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador da pessoa em situação crítica; - Desenvolver e mobilizar estratégias facilitadoras de dignificação da morte e de processos de luto.
<p>2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência externo e interno do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. - Compreender a dinâmica da UCI em situação de catástrofe ou incidente multi-vítimas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos sobre triagem primária e princípios de atuação, adquiridos na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3; - Conhecer do plano de emergência interno e externo do CHBM, com enfoque nos procedimentos de atuação e no papel de cada elemento em caso de catástrofe; - Esclarecimento de dúvidas acerca do plano de emergência interno e externo do CHBM; - Conhecimento do plano de emergência interno da UCI; - Esclarecimento de dúvidas acerca do plano de emergência interno da UCI; - Demonstrar conhecer os planos de emergência e princípios de atuação em situações de catástrofe, assegurando condições de segurança e meios de evacuação e transporte em caso de necessidade; - Participar em sessões de formação relacionadas com catástrofe ou emergência multi-vítimas, caso estas se proporcionem.
<p>3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar e desenvolver competências na prevenção e controlo das 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos desenvolvidos na UC Enfermagem Médico Cirúrgica 5; - Revisão do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

<p>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>infecções associadas aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada em contexto de UCI.</p> <p>- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na Comissão de Controlo de Infecção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a importância da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde em contexto de UCI; - Conhecer as normas da DGS e do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos acerca da prevenção e controlo da infeção hospitalar. - Compreensão da dinâmica do GCR-PPCIRA do CHBM; - Consultar os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, circuitos, normas de procedimentos e grelhas de auditorias existentes no serviço e instituição; - Assistir a formações sobre procedimentos/normas do CHBM; - Prestação de cuidados de enfermagem seguros salvaguardando o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção, bem como das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão quando aplicáveis; - Desenvolver pensamento crítico e reflexivo sobre as práticas; - Desenvolver projeto de intervenção que visa a elaboração de uma proposta de norma sobre cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia; - Realizar uma revisão da literatura sobre cuidados de enfermagem ao doente com traqueostomia sob ventilação mecânica invasiva.
--	---	---

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359).

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Artigo 15.º, do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 13, com republicação recente no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a obtenção do grau de mestre são necessários os seguintes pressupostos:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º 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 uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes 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 desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto, Artigo 15, p. 4162).

Com base nos pressupostos supracitados, no ciclo de estudos do mestrado em enfermagem, são definidos os objetivos de aprendizagem que o mestre em enfermagem deve deter, nomeadamente:

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

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

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

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

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

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

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015: 24)

Neste sentido, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pretende-se a concretização das atividades planeadas e descritas nos capítulos anteriores, nos âmbitos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, assim como a elaboração de um artigo científico e o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção, que serão apresentados em documento próprio.

Por fim, será elaborado um Relatório de Estágio Final, no qual será apresentado todo o trabalho desenvolvido no decorrer do percurso académico e do Estágio Final, submetido *à posteriori* a provas públicas para aprovação.

CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto demonstrou-se importante na medida em que suscitou uma reflexão acerca das motivações, interesses e oportunidades de aprendizagem e investigação, fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Desta reflexão resultou a identificação e planificação das atividades a desenvolver durante o Estágio Final, com vista a alcançar as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da PSC e as Competências de Mestre em Enfermagem.

Importa ressaltar que o documento foi elaborado numa fase inicial do estágio, sendo um documento orientado, dinâmico e organizado, pelo que poderá sofrer alterações durante o decorrer do mesmo, uma vez que posteriormente poderão ser identificadas novas necessidades formativas e ser efetivas outras atividades que melhor respondam aos objetivos, ou que complementem o processo de desenvolvimento de competências.

A análise-reflexiva deste PE será apresentada posteriormente no Relatório de Mestrado.

REFERÊNCIAS

- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Diário da República, 1.^a série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/116068875>.
- Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, N.º 15, Jan-Mar.
- Fortin, M. F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Infopédia (2021), <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/projeto>.
- Nunes, et al (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), p. 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

ANEXOS

Anexo A – Declaração de aceitação de orientação pedagógica do Estágio Final e Relatório de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Maria Dulce dos Santos Santiago, Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, declara, para os devidos efeitos, aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do estudante **João David Costa Martins**, nº 47185, do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, que versa sobre a temática **“Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva”**.

Beja, 12 de novembro de 2021

Assinado por: **MARIA DULCE DOS SANTOS
SANTIAGO**
Num. de Identificação: BI062082698

/Maria Dulce dos Santos Santiago/

Anexo B – Parecer do Conselho Científico da Universidade de Évora

27/12/21, 16:22

SIUE: Sistema de Informação Integrado da Universidade de Évora

[#918463] Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

Serviços Académicos

14/12/2021 16:22

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 03/12/2021 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "Segurança e Qualidade dos Cuidados à Pessoa Traqueostomizada sob Ventilação Mecânica Invasiva". Poderá no SIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Esta notificação foi enviada, por email, para o endereço m47185@alunos.uevora.pt.

Anexo C – Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho


ocean
medical

Certifica-se que **João David Costa Martins**, nascido em 01/02/1990, com o Número de Identificação Civil 13796289, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional


// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2021 a 09/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 09 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



Certificado nº 21036-8/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo D – Certificado de Formação em Trauma



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

João David Costa Martins, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/16/2021

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 329299-44583
International
Trauma Life Support

João David Costa Martins, 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 **5/16/2021** Expiration Date **05/2024**

Course Number **44583**

Course Location

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

Anexo E – Certificado de formação de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Enfermeiros

Departamento de Formação em Emergência Médica

De acordo com a Portaria nº 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência



VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA
E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

12 de Março de 2021

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)


Certifica-se que

João David Costa Martins

Nascido a 1 de Fevereiro de 1990, em Setúbal, de nacionalidade PORTUGAL, portador do Nº de Identificação Civil 13796289, concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de VMER.

Lisboa, 17 de Março de 2021

O Departamento de
Formação em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado n.º: 1/1/081-1.0-0312/113527/2021
Válido por 5 anos

Mod.INEM.279/1





VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

Modalidade da Formação:

Formação inicial.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);
- Módulo de Emergências Médicas (17h);
- Módulo de Emergências de Trauma (17h);
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção (16h);
- Estágios (35h).

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

SIGA O INEM NO



Facebook

YouTube

Instagram

