

**Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores
Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva**

Andreia Filipa Fidalgo Fernandes

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança, para efeitos de obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – IPB - Escola Superior de Saúde de Bragança

Bragança, Dezembro de 2022

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Fernandes, A. F. (2022). Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Fernandes, A. F., Veiga-Branco, M. A. R. (2022). Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva. *Millenium*. (Anexo IV)

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

DEDICATÓRIA

Ao Francisco, ao Martim e ao Diogo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos e marido, pela compreensão, encorajamento e apoio.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco pela sua disponibilidade, ensinamentos, cumplicidade e colaboração que em muito contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por tudo o que sou e por tudo que me permitiram alcançar.

A todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo, nomeadamente, os respondentes, que tornaram possível a criação de uma base de dados, que tornasse mais compreensível e dinâmico o conhecimento acerca da variável em estudo.

A todos, o meu sincero ***Obrigada.***

RESUMO

Durante os estágios, para aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente do doente crítico, o planeamento dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, consubstanciado numa metodologia científica inerente ao processo de enfermagem, permitiu sustentar o processo de tomada de decisão e a implementação das intervenções, incorporando na prática os conhecimentos teóricos baseados em evidência científica. Após a identificação das necessidades, prescrevem-se intervenções de enfermagem de forma a detetar precocemente complicações e problemas potenciais e resolver ou minorar problemas reais identificados, mediante um paradigma de atuação preciso, concreto eficiente e em tempo útil, por exemplo, na “apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” e na “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017). O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em todo o contexto, particularmente em situação de elevada complexidade que lhe permita atuar de forma interdependente. Neste domínio, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, estão regulamentadas e publicadas em Diário da República a 16 de julho de 2018, pelo regulamento 429/2018, pa.19359.

Para a OE (2015) a melhoria contínua dos cuidados implica a qualidade dos cuidados. A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem pretende determinar o cumprimento das orientações estabelecidas pelos enfermeiros e a utilização dessa análise para tomar decisões acerca das mudanças que devem ser implementadas nos cuidados. No ano de 2001, a OE devido à necessidade de criar sistemas de qualidade para a profissão, definiu os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, sendo um referencial que regula e orienta o exercício profissional. Nos padrões de qualidade foram definidos seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem, que pretendem ser um instrumento que clarifica o papel do enfermeiro junto das pessoas, dos demais profissionais e dos políticos (OE, 2001). No domínio da melhoria contínua da qualidade, das competências comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro deve “desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhorias contínua.”. Os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem envolvem o planeamento e implementação de ações, visando a melhoria de forma a oferecer cuidados de enfermagem que atendam as expectativas da pessoa.

A melhoria contínua da qualidade resulta da intenção em promover a mudança para obter padrões mais elevados (OE, 2019).

As Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE) e os constrangimentos na Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) ao doente crítico, são essenciais para a segurança dos cuidados e qualidade em saúde. Sendo assim, são legalmente reconhecidas ao enfermeiro dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes, segundo (OE/REPE, 2015). As intervenções interdependentes referem-se a uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, intervenções essas realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, e são decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares onde estão integrados as prescrições ou orientações previamente formalizadas. No que concerne à tomada de decisão do enfermeiro, também o REPE, é perentório em afirmar, que os cuidados de enfermagem se caracterizam pela presença e estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente (abordagem sistémica e sistemática), cuja interação é objetivamente documentada, em processo de enfermagem, mediante a aplicação de metodologia científica (OE, 2015).

O objetivo, da presente investigação, é identificar as IIE ao doente crítico com VMNI, que pela sua consistência executória, se assumem, como Indicadores de processo Sensíveis de Qualidade (IPSQ) aos cuidados, e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais. Os indicadores que aqui se colocam em estudo, são os de processo, porque a literatura atual (Migote, 2022) menciona que através da análise de indicadores de estrutura e processo, se pode aceder à monitorização aprofundada dos resultados de saúde, razão que torna pertinente a relação em estudo.

Na metodologia, foi desenvolvido um estudo exploratório, quantitativo descritivo, a partir da análise às respostas a um questionário elaborado com base em pesquisa bibliográfica com evidência científica para o efeito, numa amostra de 76 enfermeiros, de urgência e medicina intensiva, maioritariamente, do sexo feminino (82,9%), com idades entre 36 e 45 anos (51,3%).

As IIE ao doente crítico com VMNI, que pela sua consistência executória, se assumem, como ISQ aos cuidados, são: “doente é monitorizado segundo as recomendações” e “(...) é informado e pedida a sua colaboração” e os constrangimentos mais sentidos foram: “presença de secreções excessivas (...)”, “a ocorrência de PCR é contraindicação” e “o nível de

consciência do doente influencia o sucesso (...)". Foram verificadas relações estatisticamente significativas entre: a IIE "recurso à sedação" e o tempo de serviço, e o constrangimento "nível de consciência" e as variáveis: formação específica e tempo de serviço.

Reafirma-se a importância de um protocolo de atuação na VMNI, para uniformização de cuidados.

Palavras-chave: Intervenções interdependentes; VMNI; constrangimentos, ISQ, competências.

ABSTRACT

During internships, in order to acquire skills as a specialist nurse in Medical-surgical Nursing, in terms of critically ill patients, the planning of nursing care for people in critical situations, embodied in a scientific methodology inherent in the nursing process, allowed sustaining the decision-making process and the implementation of interventions, incorporating theoretical knowledge based on scientific evidence into practice. After identifying needs, nursing interventions are prescribed in order to detect complications and potential problems early and solve or alleviate real problems identified, through a precise, concrete, efficient and timely paradigm of action, for example, in the "appropriate implementation of advanced life support measures" and in the "adequate management of complex therapeutic protocols" (OE, 2017). Nurses have adequate human, technical and scientific training to provide care in any context, particularly in highly complex situations that allow them to act interdependently. In this domain, the specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in terms of the person in a critical situation, are regulated and published in Diário da República on July 16, 2018, by regulation 429/2018, pa.19359.

For OE (2015) the continuous improvement of care implies quality of care. The assessment of the quality of nursing care aims to determine compliance with the guidelines established by nurses and the use of this analysis to make decisions about the changes that must be implemented in care. In 2001, the OE, due to the need to create quality systems for the profession, defined the "Nursing Care Quality Standards", being a reference that regulates and guides professional practice. In the quality standards, six descriptive statements of the quality of nurses' professional practice were defined - client satisfaction, health promotion, prevention of complications, well-being and self-care, functional readaptation and organization

of nursing care, which are intended to be a instrument that clarifies the nurse's role with people, other professionals and politicians (OE, 2001). In the field of continuous quality improvement, one of the common skills of specialist nurses, nurses must “develop quality practices, managing and collaborating in continuous improvement programs.”. Continuous improvement projects in the quality of nursing care involve the planning and implementation of actions, aimed at improving in order to offer nursing care that meets the person's expectations. Continuous quality improvement results from the intention to promote change to obtain higher standards (OE, 2019).

Interdependent Nursing Interventions (IIE) and constraints on Non-Invasive Mechanical Ventilation (NIMV) for critically ill patients are essential for safe care and quality in health. Therefore, two types of interventions are legally recognized for nurses: autonomous and interdependent, according to (OE/REPE, 2015). The interdependent interventions refer to a performance of functional complementarity in relation to the other health professionals, interventions carried out by the nurses according to the respective professional qualifications, together with other technicians, to reach a common objective, and are resulting from action plans previously defined by the multidisciplinary teams which include the previously formalized prescriptions or guidelines. With regard to the nurse's decision-making, REPE is also peremptory in stating that nursing care is characterized by the presence and establishment of a helping relationship with the user (systemic and systematic approach), whose interaction is objectively documented , in the nursing process, through the application of scientific methodology (OE, 2015).

The aim of this investigation is to identify the IIE for critically ill patients with NIMV, which, due to their enforceable consistency, are assumed to be Quality Sensitive Process Indicators (IPSQ) for care, and their relationship with sociodemographic and professional variables. The indicators that are studied here are those of process, because the current literature (Migote, 2022) mentions that through the analysis of structure and process indicators, it is possible to access the in-depth monitoring of health outcomes, reason that makes the relationship under study relevant.

In terms of methodology, an exploratory, quantitative and descriptive study was carried out, based on the analysis of responses to a questionnaire prepared on the basis of bibliographical research with scientific evidence for the purpose, in a sample of 76 nurses, in emergency and intensive medicine, mostly male and female. female (82.9%), aged between 36 and 45 years (51.3%).

The IIE for critically ill patients with NIMV, which, due to their enforceable consistency, are assumed, as ISQ for care, are: “patient is monitored according to recommendations” and “(...) is informed and asked for their collaboration” and the constraints more senses were: “presence of excessive secretions (...)”, “the occurrence of CA is a contraindication” and “the patient's level of consciousness influences success (...)”. Statistically significant relationships were verified between: the SII “use of sedation” and length of service, and the embarrassment “level of consciousness” and the variables: specific training and length of service.

The importance of an action protocol in NIMV is reaffirmed, in order to standardize care.

Keywords: Interdependent interventions; VMNI; constraints, ISQ, competences.

RESUMEN

Durante los internados, con el fin de adquirir competencias como enfermero especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica, en lo que se refiere al paciente crítico, la planificación de los cuidados de enfermería a las personas en situación crítica, plasmada en una metodología científica inherente al proceso de enfermería, permitió sustentar la proceso de toma de decisiones e implementación de intervenciones, incorporando a la práctica los conocimientos teóricos basados en la evidencia científica. Después de identificar las necesidades, se prescriben intervenciones de enfermería con el fin de detectar precozmente complicaciones y potenciales problemas y solucionar o paliar problemas reales identificados, a través de un paradigma de actuación preciso, concreto, eficiente y oportuno, por ejemplo, en la “implementación adecuada de soporte vital avanzado”. medidas” y en el “manejo adecuado de protocolos terapéuticos complejos” (OE, 2017). Los enfermeros cuentan con la formación humana, técnica y científica adecuada para brindar cuidados en cualquier contexto, particularmente en situaciones de alta complejidad que les permitan actuar en forma interdependiente. En ese dominio, las competencias específicas del enfermero especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica en relación a la persona en situación crítica, están reglamentadas y publicadas en el Diário da República el 16 de julio de 2018, por el reglamento 429/2018, pa.19359. Para OE (2015) la mejora continua de la atención implica calidad de atención. La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería tiene como objetivo determinar el cumplimiento de las directrices establecidas por los enfermeros y el uso de este análisis para tomar decisiones

sobre los cambios que deben implementarse en el cuidado. En 2001, la OE, ante la necesidad de crear sistemas de calidad para la profesión, definió las “Normas de Calidad de la Atención de Enfermería”, siendo un referente que regula y orienta la práctica profesional. En los estándares de calidad, fueron definidos seis enunciados descriptivos de la calidad de la práctica profesional del enfermero - satisfacción del cliente, promoción de la salud, prevención de complicaciones, bienestar y autocuidado, readaptación funcional y organización del cuidado de enfermería, que pretenden ser un instrumento que aclara el papel de la enfermera con la gente, otros profesionales y políticos (OE, 2001). En el campo de la mejora continua de la calidad, una de las competencias comunes de las enfermeras especialistas, las enfermeras deben “desarrollar prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua”. Los proyectos de mejora continua en la calidad de la atención de enfermería involucran la planificación e implementación de acciones, encaminadas a mejorar para ofrecer un cuidado de enfermería que satisfaga las expectativas de la persona. La mejora continua de la calidad resulta de la intención de promover el cambio para obtener estándares más altos (OE, 2019).

Las Intervenciones de Enfermería Interdependientes (IIE) y las limitaciones de la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) para pacientes críticos son esenciales para una atención segura y de calidad en salud. Por lo tanto, se reconocen legalmente dos tipos de intervenciones para las enfermeras: autónomas e interdependientes, según (OE/REPE, 2015). Las intervenciones interdependientes se refieren a una actuación de complementariedad funcional en relación a los demás profesionales de la salud, intervenciones realizadas por los enfermeros de acuerdo con las respectivas cualificaciones profesionales, junto con otros técnicos, para alcanzar un objetivo común, y resultan de planes de acción previamente definidos por los equipos multidisciplinares que incluyen las prescripciones o guías previamente formalizadas. Con respecto a la toma de decisiones del enfermero, la REPE también es perentoria al afirmar que el cuidado de enfermería se caracteriza por la presencia y establecimiento de una relación de ayuda con el usuario (enfoque sistémico y sistemático), cuya interacción se documenta objetivamente, en el proceso de enfermería, mediante la aplicación de metodología científica (OE, 2015).

El objetivo de esta investigación es identificar los IIE para pacientes críticos con VMNI que, por su consistencia exigible, se asumen como Indicadores de Procesos Sensibles a la Calidad (IPSQ) para la atención, y su relación con variables sociodemográficas y profesionales. Los indicadores que aquí se estudian son los de proceso, pues la literatura actual (Migote, 2022)

menciona que a través del análisis de indicadores de estructura y de proceso se puede acceder al seguimiento profundo de los resultados en salud, razón que hace que la relación en estudio relevante.

En cuanto a la metodología, se realizó un estudio exploratorio, cuantitativo y descriptivo, a partir del análisis de las respuestas a un cuestionario elaborado a partir de una investigación bibliográfica con evidencia científica para el efecto, en una muestra de 76 enfermeras, en urgencias e intensivos. medicina, en su mayoría hombres y mujeres (82,9%), con edades entre 36 y 45 años (51,3%).

Las IIE para pacientes críticos con VMNI, que por su consistencia exigible se asumen como ISQ para la atención, son: “se hace seguimiento al paciente de acuerdo a las recomendaciones” y “(...) se le informa y se le pide su colaboración” y las limitaciones más sentidas fueron: “presencia de secreciones excesivas (...)”, “la ocurrencia de AC es una contraindicación” y “el nivel de conciencia del paciente influye en el éxito (...)”. Se verificaron relaciones estadísticamente significativas entre: el SII “uso de sedación” y antigüedad, y el vergüenza “nivel de conciencia” y las variables: formación específica y antigüedad.

Se reafirma la importancia de un protocolo de actuación en VMNI, con el fin de estandarizar la atención.

Palabras llave: Intervenciones interdependientes; VMNI; restricciones, ISQ, competencias.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

AESOP - Associação dos enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC - Acidente vascular cerebral

BO - Bloco Operatório

DC - Dificuldades/constrangimentos

DR^a - Doutora

DGS - Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

Enf - enfermeiro

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

EP - Experiência profissional

ESSB - Escola Superior de Saúde de Bragança

FE - Formação específica

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IIE - Intervenções Interdependentes de Enfermagem

IP- Indicadores processo

IPSQ - Indicadores de Processo Sensíveis de qualidade

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPB - Instituto Politécnico de Bragança **OE**- Ordem dos Enfermeiros **OMS**- Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU - Serviço de Urgência

SUMC UHB - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica Unidade Hospitalar de Bragança

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência básica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE

UHB - Unidade Hospitalar de Bragança

VMER - Viatura de Emergência Médica

VMNI -Ventilação Mecânica não Invasiva

VV - Via Verde

VVAVC - Via verde de AVC

VVS - Via verde de Sepsis

VVT - Via verde de trauma

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - Relatório de Estágio.....	21
1. Contextualização.....	21
1.2. Caraterização dos Serviços e atividades realizadas.....	21
1.2.1. Estágio I- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança.....	21
1.2.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ULSNE-Unidade hospitalar de Bragança.....	25
1.2.3. Estágio III- Bloco operatório (BO) ULSNE-Unidade hospitalar de Bragança.....	299
2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	344
2.1. - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	35
2.2. - Domínio da Gestão da Qualidade.....	41
2.3. - Domínio da Gestão dos Cuidados	44
2.4. - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	45
2.5. - Competências Específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	46
2.5.1.- Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	48
2.5.2. - Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação	49
2.5.3. - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face `complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo.....	51
CONCLUSÃO.....	53
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	55
Nota Prévia.....	55
Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Quali- dade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.....	57
Resumo.....	58
Introdução.....	59
1. Enquadramento Teórico.....	60
2. Métodos.....	62

2.1 Amostra.....	.62
2.2- Instrumento de recolha de dados.....	62
2.3 Análise estatística.....	63
3. Resultados.....	63
4. Discussão.....	66
Conclusão	67
Agradecimentos e Financiamento	68
Referências bibliográficas	68
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	75
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados.....	76
Anexo II – Parecer favorável da Orientadora Científica	81
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE.....	83
Anexo IV – Comprovativo da submissão do artigo.....	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais, das variáveis sociodemográficas e profissionais, relativas à amostra.....	63
Tabela 2 - Apresentação da distribuição de valores percentuais das variáveis relacionadas com “Intervenções Interdependentes de Enfermagem ao doente crítico com VMNI”, conforme respostas da amostra.....	64
Tabela 3 - Apresentação dos valores de prova dos testes de associação entre a variável “Intervenções Interdependentes de Enfermagem” e as variáveis “formação específica”, “tempo de serviço” e “experiência profissional em SU/SMI”.....	65
Tabela 4 - Apresentação da distribuição dos valores das variáveis “Dificuldades/ Constrangimentos na VMNI”.....	65
Tabela 5 - Apresentação dos valores da relação estatística entre as variáveis Dificuldades/ Constrangimentos (D/C) e Formação específica (FE), “tempo de serviço” e “experiência profissional em SU/SMI (EP)”.....	65
Tabela 6 - Frequências observadas e frequências esperadas no teste de Fisher das relações estatisticamente significativas a 5% e 10%.....	66

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento progressivo e assumidamente fundamentado na prática baseada na evidência, trouxe para a realidade da enfermagem – seja na sua componente conceptual, seja na executória – a materialização de um foco atencional, centrado na ação do enfermeiro. Esta realidade, vem – e bem – trazido para a praxis de enfermagem, não só a reflexão de melhores práticas e cuidados, mas também e sobretudo, a reflexão acerca do quanto e como essas práticas assumem estatutos de pertinência, de excelência e de variáveis essenciais para a qualidade dessa praxis. Neste pressuposto cognitivo-reflexivo, situam-se os as ações, que pela sua especificidade, - independente da sua condição de invasibilidade ou não – se assumem determinantes, não só na qualidade prestativa, como também na promoção da qualidade de cuidados de saúde, ao nível pessoal, institucional e portanto, global.

Partindo destes pressupostos, verifica-se que a componente executória, acompanha naturalmente, a evidente a crescente exigência de cuidados de saúde, cada vez mais diferenciados. Assim, o alargamento dos campos de atuação no exercício profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista, tal como são descritos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº 555/2017, do Diário da República (DR) n.º 200-17 de outubro de 2017, expressam com nitidez, a sua pertinência para “áreas de competências acrescidas e atribuição do título de Enfermeiro especialista, de modo a fazer corresponder o enquadramento normativo da profissão à realidade hoje vivenciada”.

Sem surpresa, esta componente legal, traz para o contexto da atribuição do título de enfermeiro especialista, a obrigatoriedade de que “é imperioso atentar no percurso profissional dos enfermeiros de modo a certificar as competências adquiridas no seio do respetivo desenvolvimento profissional”, expressão clara do que é considerado essencial ao profissional.

E no sentido de clarificação legal, sem omissões, este organismo, assume que a experiência profissional e os processos formativos dos Enfermeiros, são, no seu todo, nos diferentes domínios de intervenção, o que se visa certificar, de modo a permitir o posterior enquadramento numa situação de mais-valia profissional” (OE, DR, 2017, p.23633). Assim, e de modo clarificador, são legalmente reconhecidas ao enfermeiro, dois tipos de intervenções: as autónomas e as interdependentes, tal qual a expressão do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril). As segundas, as intervenções interdependentes, aparentemente menos valorativas, são na verdade, o grande terreno das Pontes de interação intra e inter equipas: este domínio de intervenções, é plasmar da coesão

do tecido humano profissional desde o micro ao macro, na constituição da flexibilidade entre ações e limites, e referem-se a uma atuação de complementaridade funcional tão importante, que torna eficaz o fluxo de todas as dimensões da profissionalidade, desde o campo pessoal até ao do macro equipa. De forma específica, e relativamente aos demais profissionais de saúde, as intervenções interdependentes realizadas pelos enfermeiros - de acordo com as respetivas qualificações profissionais -, em conjunto com outros técnicos, permitem trabalhar em rede ativa, para atingir um objetivo comum, e são decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares onde estão integradas as prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Por outras palavras, são essas ações, que se assumem como essenciais indicadores sensíveis de qualidade.

No que ao contexto desta pesquisa diz respeito, as IIE, no tratamento da insuficiência respiratória aguda, nomeadamente na Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) ao doente crítico, não só se assumem como boas práticas de atuação por parte dos enfermeiros, e com necessidade de uniformização de cuidados sobre a prática baseada na evidência, como também, permite resgatar essa sua dimensão de ponte, de regulação do fluxo laboral e de como estas intervenções pode fazer a diferença.

Do ponto de vista metodológico e até epidemiológico, tem de considerar-se a pertinência de estudar as IIE, nos doentes em geral, e nos que apresentam patologia respiratória em particular, já que esta condição, ao colocar a pessoa em situação crítica, faz emergir este contexto, como principal motivo de internamento, e a terceira causa de morte em Portugal, com mortalidade superior a 115/10.000 habitantes (Santos, 2018). A literatura disponível, identifica algumas dificuldades e constrangimentos associados à VMNI, cuja probabilidade de ocorrência, aumenta proporcionalmente com a duração da mesma, a agitação do doente e a necessidade constante de ajustar a interface (BTS/ICS, 2016). Mais recentemente, e de forma mais específica, Fernandes et al. (2019) referem algumas complicações, e ações específicas para conseguir o sucesso na terapia com VMNI, neste tipo de doentes em estado crítico. Esta área de atuação enquadra-se na pessoa em situação crítica que é definida segundo a OE (2018a) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, Regulamento nº429/2018, pág.19362).

O cuidar da pessoa em situação crítica requer maestria, pelo que é esperado que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica seja “detentor de um conjunto de competências específicas que lhe permita prestar um cuidado diferenciado, humanizado, contínuo e de qualidade, visando o pleno bem-estar do cliente” (Matos, 2019, pág.8), centrada no cuidado à pessoa/família a

vivenciar processos complexos de doença crítica, em que o enfermeiro deve ser capaz de responder eficazmente perante as situações mobilizando conhecimentos e habilidades nas intervenções desenvolvidas.

Esta pesquisa tem como objetivos: descrever as experiências e aprendizagens realizadas, demonstrar as competências adquiridas, realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Na primeira parte do Relatório, apresenta-se uma análise e reflexão crítica pessoais, relativas aos percursos do desenvolvimento de competências específicas na área da especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da pessoa em situação crítica, no contexto de estágio desenvolvido entre 1 de outubro de 2019 e 31 de março de 2020. Neste percurso, que também contempla a aquisição da compreensão reflexiva e empírica da competência de investigação, reserva-se a componente final para esta aquisição, através de uma metodologia exploratória e analítica que estuda a identificação das IIE e a sua respetiva relação com as variáveis de contexto laboral.

A metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, e estruturalmente encontra-se dividido em dois capítulos. O curso de mestrado preconiza a realização de um período de estágio composto por três campos de ensino clínico: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Medicina Intensiva e Bloco Operatório, todos estes na Unidade Hospitalar de Bragança, num total de 540 horas. A segunda parte deste relatório, que como se explicitou, apresenta o desenvolvimento da componente de investigação – enquanto competência para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em contexto da pessoa em situação crítica, numa área de enfermagem especializada, e que aqui, tem como objetivo identificar as Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE) que pela sua consistência executória, podem ser consideradas ISQ, na assistência ao doente crítico com VMNI.

Este Objetivo geral insere os seguintes Objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em estudo, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
2. Identificar as Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE), que pelo caráter de maior consistência executória, se assumem como ISQ aos cuidados de saúde, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
3. Estudar as relações estatísticas entre as IIE estudadas e as variáveis profissionais da amostra.
4. Identificar as dificuldades/constrangimentos da VMNI, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
5. Estudar as relações estatísticas entre as dificuldades/constrangimentos identificados, na prática

clínica ao doente crítico com VMNI e as variáveis profissionais da amostra;

Para dar consecução a estes objetivos, foi delineada uma metodologia de caráter quantitativo descritivo, exploratório e transversal. A escolha do tema baseou-se no fato de que, quer na prática clínica, quer no decorrer dos estágios, se ter constatado a falta de protocolos de atuação, na intervenção do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, com VMNI. A pessoa em situação crítica constitui um verdadeiro desafio, na prestação de cuidados, quer em ambiente de urgência, cuidados intensivos e bloco operatório, implica que esta seja a que mais exige a diferenciação de competências dos enfermeiros. Impulsionando o desenvolvimento de capacidades, aquisição de conhecimentos, evolução e afirmação enquanto enfermeiro especialista. Os estágios, permitem a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais levando à consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro especialista desenvolve na prestação de cuidados e das competências necessárias para o seu desempenho.

Este relatório traduz um percurso de oportunidades e aprendizagens, que permitiram a concretização dos objetivos estabelecidos previamente.

CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1-Contextualização

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista tanto ao nível das competências comuns como das competências específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Propus-me atingir neste percurso formativo o desenvolvimento de competências na intervenção de enfermagem à pessoa e família em situação crítica adotando uma metodologia de análise critico-reflexiva dos objetivos definidos que foram sendo ajustados em função das oportunidades e das necessidades.

Este relatório tem como objetivo produzir uma reflexão crítica sobre a aprendizagem e demonstrar os seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências profissionais tendo em conta os meus interesses, necessidades e oportunidades oferecidas em cada contexto.

Como enfermeira considero que cuidar de doentes críticos constitui um desafio contínuo e exigente.

1.2. Caraterização dos Serviços e atividades realizadas.

1.2.1. Estágio I- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança.

O Serviço de Urgência destina-se à prestação de cuidados de saúde a todos os indivíduos que se encontram em situações de urgência/emergência.

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência, são a porta de entrada da maioria dos doentes, tornando-se assim grandes consumidores de recursos humanos e financeiros.

Para este estágio formulei os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática ética e profissional de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O SU da Unidade Hospitalar De Bragança é considerado uma Urgência do tipo Médico-Cirúrgica (SUMC), que consiste no segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir

em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência (Despacho n.º 10319/2014).

Recebe centenas de doentes por dia, sendo uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde nos dias de hoje. O estágio no SUMC da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança, decorreu no período de 16 de setembro a 31 de outubro de 2020, sob a tutela da Enfermeira Marlene Baptista Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, e orientação do Enfermeiro Norberto Silva com uma duração de 168 horas. Este Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança e recebe doentes de todo o distrito de Bragança. Estes, dão entrada no SUMC vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados quer pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) quer pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde da ULSNE ou de outras Unidades Hospitalares.

O Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico é um serviço hospitalar diferente dos outros, pelas características dos doentes que aqui são tratados. Recebe e presta cuidados a doentes urgentes (com necessidade de avaliação e/ou intervenção em curto espaço de tempo), emergentes (quando existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata) e a doentes que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo (doentes pouco urgentes, não urgentes e outros casos).

Este serviço relaciona-se de forma estreita com os serviços que o rodeiam, como a emergência pré-hospitalar (INEM, bombeiros), serviços de internamento e os cuidados de saúde Primários. O bom funcionamento do SU depende do bom funcionamento destes serviços.

A estrutura física do SUMC é bastante diversa. Inclui área de admissão e registo administrativo, sala de triagem de prioridades, salas de espera, área de atendimento de pediatria (gabinete de avaliação médica, sala de nebulizações/hidratação oral de pediatria, Observação (OBS) pediátrico e WC pediátrico), 3 gabinetes de avaliação médica, área de emergência / doentes críticos com condições para suporte avançado de vida (sala laranja -4 unidades e sala de emergência – 2 unidades), área para tratamento de adulto, gabinete de registos de enfermagem, área de macas (6 unidades), área de orto traumatologia, área de pequena-cirurgia e área de OBS (8 camas com monitorização contínua) onde, quando necessário, se recebem doentes com necessidade de cuidados intermédios.

No SUMC existem dois *Pyxis medStation System*® – sistema automático de reposição de *stock* nivelado de medicamentos – um situado na área de observação e outro localizado estrategicamente

entre as áreas laranja, área de triagem médica, área de pequena-cirurgia e área de orto traumatologia. Este sistema simplifica a gestão dos serviços farmacêuticos (gestão de *stocks*) e ajuda a reduzir custos, minimizando o desperdício e oferecendo algum suporte a conformidade minimizando o erro. Existe acesso fácil e rápido a meios complementares de diagnóstico, nomeadamente raio-x simples, tomografia axial computadorizada (TAC) e patologia clínica e ao BO.

O fluxo de doentes está pré-estabelecido e diferencia-se por prioridade de observação, o que facilita a alocação dos recursos materiais e humanos.

O exercício clínico praticado num SU exige conhecimentos e competências específicas para dar resposta a uma ampla panóplia de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução ou encaminhamento.

O SUMC tem uma equipa específica de 38 enfermeiros, 15 assistentes operacionais auxiliares de acção médica e 6 assistentes técnicos que se distribuem em regime de *roulement* pelos diferentes turnos:

-Turno da Manhã (7 enfermeiros e o enfermeiro chefe, 3 a 4 assistentes operacionais e 1 assistente técnico);

-Turno da Noite (6 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e 1 assistente técnico);

Os recursos médicos pertencem aos vários serviços hospitalares e especialidades e prestam serviço no SUMC de forma rotativa. Existem, no entanto, alguns médicos de clínica geral que trabalham apenas na urgência. A equipa médica é constituída por 3 médicos de clínica geral durante o dia e 2 durante a noite, 2 especialistas de medicina interna, 2 especialistas de ortopedia, 2 especialistas de cirurgia geral, 2 anesthesiologistas, 2 obstretas, 1 psiquiatra e 1 especialista de pediatria em presença física. Existe ainda o apoio das especialidades de urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, neurologia, nefrologia e medicina intensiva. Existem diversos médicos em regime de internato das especialidades (medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, medicina geral e familiar e psiquiatria) e do ano comum.

O serviço integra ainda uma equipa de Emergência Intra-Hospitalar de adultos (24h/dia, 7 dias/semana), constituída por um médico e um enfermeiro que presta cuidados a utentes em toda a área hospitalar, exceto nos serviços de medicina intensiva e bloco operatório. De notar que estes profissionais acumulam outros postos de trabalho durante o seu turno dada a baixa frequência de ativações da equipa.

O Serviço de Urgência Médico Cirúrgica tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada com o INEM cuja equipa participa na prestação de cuidados ao doente

emergente/crítico da urgência. A equipa da VMER é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica ministrada pelo INEM. O SU é um serviço exigente em termos profissionais, o trabalho desempenhado é caracterizado pela imprevisibilidade das situações e ações, sendo a afluência dos utentes uma constante. Após observação das áreas da urgência, prática de cuidados diretos e consulta das normas e protocolos de atuação, registei num pequeno caderno as dúvidas e identifiquei diversas situações considerados problemas que, como enfermeira especialista, mereciam atenção.

Os utentes que chegam ao serviço de urgência são triados através da Triagem de Manchester. Esta, tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos, mas sim prioridades. (Norma nº 002/2018; DGS). Posteriormente, há uma primeira equipa de profissionais de clínica geral que observam (sendo esta uma segunda triagem) e identificam o problema em questão permitindo que se possam distribuir os doentes pelas várias especialidades, tornando desta forma, o serviço mais eficaz e eficiente.

Durante o estágio, tive oportunidade de observar e participar no funcionamento da triagem e na sua correta organização, bem como na pediatria de urgência, sala de observações e “linha da frente”. Prestei cuidados a utentes com processo de internamento, na sala de observações onde, estão internados doentes que necessitam de monitorização e vigilância mais detalhada. São sobretudo doentes com problemas respiratórios (Pneumonias adquiridas na comunidade, infeções respiratórias, entre outras), não só devido à caracterização da população (maioritariamente idosa e com comorbilidades associadas que se exacerbam nesta altura do ano). Tive oportunidade, de assistir e participar em procedimentos na sala de emergência, juntamente com os colegas. Observei as práticas dos mesmos, sempre com a atenção e reflexão crítica de acordo com as situações, procurando a excelência nos cuidados de enfermagem neste contexto atuando de forma rápida, antecipatória e eficiente, com conhecimento científico e com base num pensamento critico-reflexivo em situações de *stress* elevado, para dar resposta a situações urgentes e/ou emergentes.

Em todo o estágio realizado neste serviço, identifiquei e aprendi métodos de avaliação utilizados pelos profissionais para despiste de sinais precoces de alerta e aprendi a identificar por prioridades o circuito do doente na triagem de Manchester.

No serviço de urgência existem também as Vias Verdes, que permitem que o doente tenha uma orientação mais seletiva relativamente ao seu diagnóstico de entrada. As vias existentes são a Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Sepsis. Estas vias ou prioridades

são dadas aquando a execução da triagem de Manchester, de acordo com os itens de gravidade de cada situação.

A implementação das Vias Verdes (VV) deve ser continuada e intensificada. Cada uma obedece a critérios próprios de ativação, que permitem aos doentes serem atendidos precocemente reduzindo a morbilidade e/ou mortalidade. Este sistema pode ser aplicado tanto no funcionamento normal do SU, como em situação de catástrofe; classifica o utente em 6 categorias identificadas por cor: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Vermelho é emergente, ou seja, entra de imediato para a sala de emergência. Laranja é muito urgente, tempo alvo de 10 minutos até à observação médica inicial, sendo colocado na sala laranja. Amarelo é urgente e pode esperar até 60 minutos até à primeira observação médica; verde pouco urgente podendo aguardar até 120 minutos e azul não urgente podendo aguardar até 240 minutos pela primeira observação médica. A cor branca é atribuída em caso de tratamentos (pensos/terapêutica) e doentes que vêm realizar exames como por exemplo as grávidas, não tendo tempo definido para serem observadas. Segundo o despacho n.º 10319/2014, da Direção Geral de Saúde, nas VV, cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis e o processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas. Aquando acontecimentos destes, os serviços devem estar munidos de capacidade na execução de técnicas e de tecnologia que permita uma atuação adequada a tal. Neste estágio, deparei-me várias vezes com situações consideradas VV e colaborei com a equipa na atuação, tendo sempre em conta a prática baseada na evidência. Pude ainda assistir a vários procedimentos tais como colocação de cateteres venosos centrais, entubações endotraqueais e fibrinólise. Neste estágio, tive ainda necessidade de aprofundar conhecimentos e interiorizar competências relacionais e de comunicação, quer com a equipa, mas sobretudo com o doente e a família dos doentes, com o intuito de minimizar a labilidade emocional em que muitos se encontram, pela sua condição clínica. A grande quantidade de patologias e de doentes, a gravidade destes, a preocupação dos familiares e a grande variedade de profissionais são, muitas vezes, geradoras de *stress* que poderá condicionar o desempenho do profissional.

Foi um estágio de grande aprendizagem sobretudo pessoal. Julgo ter atingidos os objetivos.

1.2.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ULSNE-Unidade hospitalar de Bragança.

Este serviço engloba, além da prestação de cuidados especializados a doentes críticos, toda uma panóplia de tecnologia e técnicas que permitem uma melhor capacitação nos cuidados ao doente que deles necessite.

O doente crítico é, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), aquele que “apresenta falência de um ou mais órgãos/sistemas necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência” (p.9). Assim sendo, uma unidade de cuidados intensivos é um serviço dotado de uma organização estrutural e funcional de qualidade excelente.

Para este serviço formulei os seguintes objetivos específicos:

- Entender a dinâmica da prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica ou falência orgânica, que se encontrem submetidos a ventilação mecânica;
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente no que diz respeito à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2003) define Unidade de Cuidados Intensivos, como sendo um conjunto integrado de componentes técnicos, físicos e humanos especializados capazes de monitorizar, tratar e cuidar de doentes em estado crítico, com falência (ou eminência de falência) de funções orgânicas vitais, potencialmente reversíveis, através de técnicas de suporte avançado de vida durante 24 horas por dia. Este tipo de doentes necessita de ter ao seu dispor, para além dos recursos físicos, recursos humanos capazes de dar resposta a sua exigente situação clínica.

O estágio no SMI, da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança, decorreu no período de 4 de Novembro a 20 de dezembro de 2016, sob a tutela da Enfermeira Cristiana Asseiro – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e orientação do Enfermeiro Norberto Silva, com uma duração de 168 horas.

Este serviço, pertencente ao Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE, dá resposta a uma área geográfica de 7000 KM², 143 777 habitantes, 3 Unidades Hospitalares, 13 Centros de Saúde, 2 Serviços de Urgência Médico-cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica.

O SMI está dividido em cinco áreas diferentes, para além do vestiário partilhado com o SUMC.

Área de prestação de cuidados:

-Constituída por 10 unidades do doente, cada uma equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixo e bancada de trabalho para a realização de registos e onde se guarda o processo clínico do doente.

É nesta área que se encontra o carro de emergência com o monitor desfibrilhador.

As unidades do doente recebem tanto doentes de cuidados intensivos como doentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade.

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Armazém:

O armazém contém todo o material necessário a prestação de cuidados, ventiladores de reserva e transporte, máquinas de dialise e de hemofiltração.

Zona Stock de Farmácia:

Espaço localizado perto da entrada onde se localiza a *Pyxis medStation System®* e o armazém de soros.

Gabinetes, Copa e área de Sujos:

Localizada após a área de prestação de cuidados, a área de sujios tem saída para o exterior onde são acondicionados e recolhidos os sujios e os lixos – circuito independente do circuito limpo.

Existe ainda uma copa onde os profissionais podem realizar as refeições, um gabinete médico e um gabinete da enfermeira chefe.

Sala da Família e Sala de Espera:

Na entrada da unidade existe uma sala de espera própria da unidade onde as visitas aguardam e uma Sala da Família onde, de forma comoda e privada, as famílias recebem a informação relativa aos seus familiares.

O SMI garante cuidados a doentes vítimas de trauma, sem Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), e doentes com patologia médica e cirúrgica. A equipa é constituída por 6 médicos, 24 enfermeiros, 6 assistentes operacionais auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico. Tem apoio de 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e farmacêutico.

Os recursos humanos distribuem-se da seguinte forma:

- 2 Médicos 8-14h, 1 médico depois das 14h durante os dias de semana e ao fim de semana 1 medico 24h/dia;
- 4 Enfermeiros por turno;
- 2 Assistentes operacionais auxiliares de ação médica, 1 no turno da Tarde e 1 no turno da Noite;
- 1 Assistente técnico até às 17h;
- Apoio de fisioterapia e de nutricionista no período diurno;
- 1 Farmacêutico 24h/dia.

O SMI presta cuidados ao nível da reanimação cardiorrespiratória, manutenção das vias aéreas (entubação oro e nasotraqueal, via aérea avançada, traqueostomia percutânea e cirúrgica, suporte ventilatório invasivo e não invasivo), “Pacing” cardíaco temporário, monitorização contínua de parâmetros vitais de forma invasiva e não invasiva (*BIS* Índicebispectral, cateter PICCO - monitorização contínua do débito cardíaco, pressão intra-abdominal), broncofibroscopia diagnostica e terapêutica,

fisioterapia e cinesiterapia, analgesia epidural lombar e torácica, ecografia transtorácica de rastreio e técnicas de substituição renal intermitentes e contínuas.

Durante este estágio foram muitas as experiências e aprendizagens de novas técnicas e pude perceber a complexidade inerente a prestação de cuidados diários a doentes em contexto de cuidados intensivos.

A patologia mais frequentemente no SMI relacionava-se com choque séptico com disfunção multiorgânica com ponto de partida respiratório e urinário.

Nas patologias médicas prestei cuidados a doentes com intoxicações por monóxido de carbono e infeções do sistema nervoso central. Nas patologias cirúrgicas prestei cuidados a doentes com pancreatites com critérios de gravidade, colecistites, perfurações de víscera oca.

Neste estágio senti necessidade que me direcionar para uma prática concentrada no saber fazer, com necessidade de aprofundar conhecimentos sobre procedimentos e técnicas que vão desde a preparação da terapêutica mais utilizada (aminas, curarizantes), bem como equipamento técnico desde ventiladores, monitores até equipamentos de substituição da função renal.

A nutrição entérica e parentérica, no SMI tem um protocolo bem definido que está em constante atualização, de acordo com as últimas atualizações científicas e com os recursos existentes no serviço.

O recurso à nutrição entérica e parentérica é de suma importância neste serviço, uma vez que os doentes internados, devido à sua condição patológica não têm um aporte de nutrientes adequados às suas necessidades metabólicas.

Segundo Oliveira (1983) citado por Matos (2004) a nutrição parentérica *“pode definir-se como a perfusão intravenosa dos nutrientes necessários à manutenção ou restauração do equilíbrio metabólico e nutricional do individuo pelo que inclui na sua composição aportes proteicos, energéticos e calóricos”* (p. 63)

Tive oportunidade de conhecer de forma objetiva uma técnica considerada bastante eficaz, e com mérito reconhecido em estudos científicos, a Prone Position. Esta técnica é segundo Paiva e Beppu (2005) uma manobra que é utilizada para combater a hipoxemia em doentes com síndrome de desconforto respiratório agudo, de maneira a melhorar a oxigenação. É de referir, que a maioria dos doentes com baixa capacidade ventilatória e que não tenham contra-indicações para tal, são colocados em prone position, com melhorias rápidas da sua capacidade respiratória.

Devido à instabilidade hemodinâmica, muitos dos doentes internados nesta unidade necessitam de fazer substituição da função renal, denominada Hemofiltração Venovenosa Contínua. Esta é uma técnica em que um circuito extracorporeal começa numa veia e termina numa veia, e o sangue é

impulsionado através de um filtro impulsiona através de uma bomba. Este filtro é composto por uma membrana de alta permeabilidade em que o produto ultrafiltrado é resposto na sua totalidade com soluções de reposição adequadas, mediante o balanço hídrico que se pretende. Este tipo de hemofiltração é benéfico relativamente a outras técnicas dialíticas porque pode ajustar-se o volume do ultrafiltrado. (Yu, Galvão e Burdmann, 1996). Esta é a técnica mais utilizada não só pela sua eficácia, mas também pela facilidade de controlo de balanços hídricos do doente.

Neste serviço, a equipa de enfermagem está devidamente orientada e preparada para executar este tipo de técnicas. Tive oportunidade de participar no procedimento de uma técnica de substituição da função renal.

Um dos temas de maior importância em todos os serviços e campos de estágio é a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é, segundo a Direção Geral de Saúde (2015), “uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; é adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p. 7). É fulcral, a prevenção das IACS, pelos serviços que constituem um a unidade hospitalar, através de práticas corretas que vão desde a lavagem e desinfeção das mãos à separação e manuseamento correto dos resíduos. É da competência do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, a promoção de práticas corretas na prevenção do controlo de infeção. Neste estágio, em todos os momentos, a principal preocupação passava pela correta higienização das mãos, senti necessidade de refletir intensamente sobre este tema, uma vez, que muitas vezes, na nossa prática diária não se dá conta que esta pequena técnica pode ser o meio de prevenção para complicações maiores, quer para nós, quer para os nossos doentes; e não se está assim tão sensibilizado para tal.

Durante este estágio, creio ter atingido os objetivos que inicialmente me propus. Foi um estágio de grande aprendizagem, a nível profissional, pela aquisição de competências, assim como a nível pessoal.

1.2.3. Estágio III- Bloco operatório (BO) ULSNE-Unidade hospitalar de Bragança

O bloco operatório é segundo a AESOP (2006) uma unidade orgânica e funcional, que reúne todos os meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésicos e cirúrgicos especializados, a doentes totalmente ou parcialmente dependentes com o intuito de salvar, tratar e melhorar sua qualidade de vida.

Para este campo de estágio formulei os seguintes objetivos específicos:

- Perceber a orgânica funcional do BO;
- Conhecer e participar nos programas de melhoria contínua da qualidade – programa cirurgia segura;
- Colaborar na gestão do risco ambiental, instalações, materiais, equipamento e erro humano;

O estágio decorreu no período de 6 de janeiro a 21 de fevereiro de 2020, sob a tutela da Enfermeira Ana Rita Gonçalves – enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica a exercer funções de enfermeira de anestesia, orientado pelo Professor Carlos Magalhães, com uma duração de 168 horas.

Relativamente a estrutura física, é um bloco operatório pequeno sem diferenciação de circuito de sujos e limpos. É constituído por uma sala de pausa, dois vestiários (masculino e feminino), um armazém de material de uso clínico e soros, dois outros armazéns anexos às salas cirúrgicas com material cirúrgico, uma sala de pequenas dimensões adaptada para Unidade de Cuidados Pós Anestésicos com dois postos, (cada um com monitorização própria, rampas de oxigénio, um carro de emergência, dois aquecedores de ar por convenção e armário com fármacos e material clínico), área de receção ao doente e duas salas operatórias. Este serviço articula-se, de forma estreita, com o serviço de esterilização.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 elementos vocacionados para as áreas da anestesia, instrumentação e circulação e cuidados pós anestésicos. Segundo a EORNA (2012) o enfermeiro perioperatório é o profissional detentor de conhecimentos ao nível dos cuidados de enfermagem perioperatório e que presta cuidados de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatória. Cada enfermeiro, dentro da sua área (anestesia, circulação e instrumentação) tem competências e funções associadas. É da competência do enfermeiro anestesista conhecer e compreender as várias técnicas anestésicas, os agentes farmacológicos e a interação farmacológica dos mesmos, conhecer o funcionamento dos equipamentos necessários ao procedimento anestésico, manter uma vigilância intensiva, despistar sinais e sintomas de possíveis complicações e ter aptidão para agir em situações de urgência e emergência. O enfermeiro circulante tem como competência a atribuição específica de responsabilidade relativa à segurança do doente e equipa cirúrgica, segurança do ambiente, controlo de infeção e gestão de risco, desenvolver procedimentos de acordo com o seu pensamento crítico e reflexivo constante, ser o líder da equipa coordenando as atividades de enfermagem e garantindo a qualidade de cuidados durante o período perioperatorio. Por último, fazem parte da competência do enfermeiro instrumentista compreender e valorizar a sua área de trabalho (instrumentação) tanto como prática específica e isolada como em complementaridade com a circulação e com

a anestesia, e prever, organizar e controlar a instrumentação para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança.

Este serviço presta cuidados diferenciados muito específicos e de utilização transversal as diversas especialidades cirúrgicas, tal como a cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, obstetrícia, nefrologia e otorrinolaringologia.

Os cuidados prestados são de grande exigência técnica e humana. Ao facto de se lidar com técnicas e materiais complexos, dos quais dependem a morbidade e/ou mortalidade, junta-se a componente emocional de lidar com o *stress* do doente ao entrar no bloco e dos diversos profissionais que ali trabalham. Existem duas salas de cirurgia e uma sala de cuidados pós anestésicos ou também conhecida com sala de recobro.

Este BO funciona com cirurgia programada (urologia, ginecologia e cirurgia), com cirurgia de urgência (cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e obstetrícia de forma regular e urologia, nefrologia e otorrinolaringologia de forma esporádica) e ambulatório (urologia).

As funções do enfermeiro de anestesia, dentro das suas competências, são verificar o plano operativo (confirmando a identidade do doente, tipo de cirurgia, tipo de técnica anestésica), preparar o material necessário ao ato anestésico (verificando e testando o equipamento utilizado como monitor, ventilador, aspirador e material terapêutico a utilizar na cirurgia), validar aquando a receção do doente, juntamente com o enfermeiro do internamento a preparação pré operatória (confirmando a *check list* da cirurgia segura utilizada por ambos os serviços e verificando a assinatura do consentimento informado). É também função do enfermeiro de anestesia, a instalação do doente na sala, apresentando o doente à restante equipa e proporcionando um ambiente confortável e calmo de maneira a acalmar o mesmo, bem como solicitar a sua colaboração para um correto posicionamento. Colaborar com o anestesista na indução anestésica, de maneira eficaz e eficiente, assegurar os parâmetros e conexão do doente ao ventilador, manter a observação e vigilância intensiva do doente através da monitorização de sinais vitais, permeabilidade de cateteres venosos periféricos, fluidoterapia, reações cutâneas e posição do doente, atuar em conformidade com situações de emergência com a avaliação contínua do estado do doente, interpretando os sinais que possam vir a constituir uma situação de emergência, administrando a terapêutica e respeitando a manipulação dos fármacos e comunicando a eficácia dos mesmos. O enfermeiro de anestesia também colabora no despertar no doente e na sua transferência para a sala de cuidados pós anestésicos, transmitindo assim ao colega que se encontra na sala todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados.

Escolhi a área da anestesiologia por representar uma mais-valia para a minha experiencia profissional e pela oportunidade de abordagem da via aérea.

Neste estágio, tive oportunidade de participar ativamente em todas as tarefas que competem ao enfermeiro anestesista. De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pude atuar, no seio da equipa através da administração de terapêutica, com o intuito de salvar a vida do doente.

Mantive uma observação e vigilância intensiva por forma a prevenir e antecipar complicações, bem como estar apto a atuar em caso de urgência e emergência.

Ao longo do estágio assisti e colaborei em diversas cirurgias das várias especialidades Clínicas prestando cuidados de enfermeiro anestesista. Colaborei na prestação de cuidados aos doentes durante a sua permanência no recobro.

Durante o estágio no BO tive a oportunidade de assistir e colaborar com a equipa de colheita de órgãos numa colheita de órgãos e tecidos num dador em morte cerebral.

Os avanços nas técnicas cirúrgicas e na preservação dos órgãos colhidos têm conduzido a sucessos crescentes na área da transplantação. À medida que os *outcomes* melhoram, a procura de órgãos para transplante vai crescendo, excedendo claramente a oferta.

Como resposta a esta necessidade crescente o uso de critérios mais alargados de seleção dos dadores está a tornar-se um hábito frequente. Os denominados dadores marginais como sejam os de idade mais avançada (até 80 anos), com co-morbilidades (como diabetes mellitus, hipertensão, Anti Hbc +, HVC+) e os dadores de coração parado que nos primórdios da transplantação não eram sequer considerados como potenciais dadores, atualmente são sempre avaliados como tal, até prova em contrário. A oferta atual também tem como alternativa o dador vivo, para órgãos como o rim, o fígado e até pulmão.

Todos os doentes em morte cerebral ou em que a suspeita de morte cerebral eminente está presente devem ser considerados e avaliados como potenciais dadores. O desafio atual não é a definição do dador ideal, mas sim a definição de dadores adequados. Um dador será adequado desde que pelo menos um órgão esteja em condições para ser transplantado, isto é, que a sua função seja adequada e apresente uma possibilidade razoável de realizar essa função após o transplante.

A deteção de potenciais dadores de órgãos é o ponto de partida para a transplantação. É provavelmente a atividade mais difícil de adaptar a protocolos. A deteção pró-ativa poderá ser possível com a implementação de programas formativos nas unidades de doentes críticos sensibilizando os profissionais que exercem nessas unidades para a importância do seu papel no aumento do número de dadores.

Quando no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE é admitido um doente em estado crítico vítima de grave lesão cerebral todas as medidas para evitar ou minorar as lesões secundárias decorrentes

dessa lesão são empenhadamente levadas a cabo pelos profissionais envolvidos no seu tratamento. No entanto, e apesar de todas as medidas terapêuticas possíveis terem sido utilizadas, a evolução da situação faz prever a suspeita da morte cerebral.

Esta avaliação clínica deve ser tão rápida quanto possível. Por dois motivos: continuar a cuidar e ventilar um doente em morte cerebral é uma ocupação desnecessária de meios e recursos que são caros e escassos e por outro lado se este processo se alongar no tempo, para além do desgaste emocional que envolve a comunidade de saúde e familiar, a possibilidade de obter órgãos em condições adequadas para transplante vai diminuindo.

Assim que o diagnóstico de morte cerebral estiver concluído as medidas terapêuticas em curso para tratamento das lesões primárias que motivaram a morte podem eventualmente ser suspensas e toda a atenção deve ser direcionada para o corpo não como um todo, mas considerando a função específica dos órgãos potencialmente transplantáveis.

É importante que os profissionais envolvidos no cuidar sejam lembrados de que se já nada se pode fazer para salvar aquela pessoa, muito pode e deve ser feito para preservar a qualidade dos órgãos que podem ser transplantados e que a qualidade de vida dos recetores depende da adequada manutenção do potencial dador efetuada na unidade de cuidados intensivos.

A atenção cuidada a detalhes como a técnica asséptica nos procedimentos, a higiene brônquica, a monitorização atempada dos desequilíbrios, etc., é vital para conseguir a otimização dos órgãos a transplantar e dos respetivos resultados da transplantação.

Quando o potencial dador é identificado deve ser efetuado o contacto com o Gabinete de Colheita de Órgãos e Transplantação para dar conhecimento ao Coordenador de Transplante da possibilidade de colheitas de órgãos e assim poderem ser efetuadas as diligências mais adequadas a cada situação. Entretanto é necessário, sempre que possível, obter uma história médica e social detalhada. Pretendem-se dados que possam contribuir para excluir risco de transmissão de doenças infectocontagiosas, oncológicas e degenerativas do sistema nervoso em que se incluem as doenças com risco de transmissão de príões, como por exemplo a doença de Creutzfeldt-Jakob.

As contraindicações absolutas para a doação de órgãos e tecidos são antecedentes de qualquer melanoma maligno; doença maligna metastável; doença maligna ativa em qualquer local, exceto alguns tumores primários do sistema nervoso central; doenças sistémicas com efeitos nos órgãos a transplantar, como por exemplo vasculite; seropositividade para HIV, Hepatite C e B, doenças linfoproliferativas e autoimunes. Efetuado este despiste, todos os doentes internados em cuidados intensivos e que preencham os requisitos podem ser considerados potenciais dadores e apenas a avaliação clí-

nica devidamente efetuada sobre a função específica de cada órgão e a posterior avaliação macroscópica “*in situ*” pelo cirurgião, por vezes com a ajuda da anatomia patológica, poderão ser motivo da não-aceitação do órgão para transplante.

Imediatamente à recolha de dados sobre o potencial dador podem e devem ser efetuadas as colheitas de sangue para serologia e para tipagem ABO. Convém referir que estas análises, nomeadamente da virologia, não são efetuadas regularmente nos hospitais. Apenas quando é preenchido um Kit completo de uma série de colheitas é que se procede ao processamento das análises, por motivos óbvios que se prendem com os custos. Será após a comunicação da coordenação de transplante ou a pedido do médico da unidade justificando o motivo para um procedimento acelerado é que ele será efetuado em colaboração estrita com o Centro de Histocompatibilidade da região que fará o processamento das amostras. Em função da avaliação do potencial dador, outros meios auxiliares de diagnóstico serão recomendados.

Na colheita de órgãos e tecidos de dador em morte cerebral que tive a oportunidade de assistir foram retirados os rins, fígado e córneas.

2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

É através da aprendizagem que se renovam os conhecimentos e competências. É uma construção pessoal, onde há procura de equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir. O SU, BO e SMI são locais de eleição no cuidar do doente em situação crítica, pelas características que possuem. Durante o decorrer dos estágios foi meu propósito prestar cuidados à pessoa/família a vivenciar processos de doença em situação crítica, tendo em conta o que emana a OE.

A essência da enfermagem baseia-se no cuidar de pessoas que vivem uma situação de alteração do binómio saúde / doença, pessoas que necessitam de ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, muitas vezes emergentes.

O Homem é um ser complexo, bio / psico / socio / cultural e espiritual. Como ser uno e indivisível tem valores, crenças e personalidade próprias, e sofre a influência do ambiente que o rodeia. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente, sendo necessário ter uma visão holística da pessoa e promovendo uma relação terapêutica sólida para uma excelência de cuidados (OE, 2001).

A complexidade humana nos processos de transição saúde /doença, implicam a necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos enfermeiros. Assim, com a necessidade de prestar cuidados mais especializados, diferenciados e direcionados,

surtem as áreas de especialização em Enfermagem, que dotam o Enfermeiro de competências acrescidas agrupadas nos respetivos Domínios que as caracterizam.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo a Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005) “O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”. Este deve ser o princípio base de toda a intervenção do enfermeiro, assim como a honestidade. A informação deve ser honesta sem suprimir fatos importantes. A evolução das tecnologias e técnicas cada vez mais invasivas e mais agressivas que prolongam a vida levantam questões sensíveis como a distanásia, e por vezes, o “esquecimento” da vontade da pessoa. Dos profissionais de saúde é esperado que sejam éticos, responsáveis na sua prática, que atuem sobre as premissas do seu código deontológico.

Segundo o Código Deontológico do enfermeiro (2009), as intervenções de enfermagem prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional. De acordo com o artigo 5º do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos bem como as responsabilidades profissionais. O enfermeiro especialista deve demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas.

No decorrer dos estágios, tive a perceção de que a tomada de decisão é geralmente feita em equipa, tendo por base valores éticos e deontológicos. A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE, pelo que a informação é considerada um dever, respeitando assim a autonomia do doente.

Segundo Pires (2008, p. 2), “a ética em saúde visa essencialmente a qualidade dos cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem-estar ao doente, família e comunidade”.

Durante o estágio adotei uma atitude e forma de agir respeitante da dignidade da pessoa, da sua individualidade, intimidade, bem como da família, incluindo-a nos cuidados quando é possível, ou esclarecendo-a e estando presente sempre que solicitada. As questões éticas estão presentes em todas as situações do quotidiano e os princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua

intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspectivas de saúde, são inerentes aos cuidados da Pessoa Em Situação Crítica.

O princípio da beneficência e da não maleficência, tendo sempre em consideração o bem maior para o doente foram a base durante séculos da assistência em saúde e dizem respeito respetivamente ao promover o bem do doente e não causar dano ou mal ao doente (Archer, Biscaia & Osswald, 1996). A experiência e competência, aliadas a sentido crítico-reflexivo traduzem-se em bons cuidados, seguros, responsáveis e justos.

A minha conduta visa o respeito pela pessoa, pelas suas vontades, individualidade, crenças e religião, e sempre que me deparo com doentes inconscientes ou desorientados – que não podem comunicar – quer em situações de emergência ou de falência orgânica procuro manter a minha forma de agir, tendo em vista o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade.

A responsabilidade é uma das premissas chave, demonstrando-se, por exemplo, nas decisões que o enfermeiro toma e nos atos que pratica ou delega, no respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, responsabilidade na escolha esclarecida, através da aplicação do consentimento informado e responsabilidade no acompanhamento e encaminhamento da pessoa / família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença. A responsabilidade reflete-se em variados aspetos, desde logo pelo cumprimento de horários, passando por assumir ações e atitudes, bem como pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites das suas competências e do seu papel. A minha prestação durante os períodos de estágio foi pautada pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade. Com o decorrer dos estágios o sentimento de confiança e de competência foi-se aprimorando e instalando, fruto da evolução e da aprendizagem.

O doente tem direito a sua individualidade, e essa individualidade tem de ser respeitada.

No entanto, quando um doente entra numa sala de emergência ou numa sala de BO, em situação crítica, é difícil pensar no que o próprio doente quer, quais as suas decisões no seu processo terapêutico. Ainda que o direito de autonomia (direito de o doente aceitar ou recusar o tratamento) requer que o doente seja adequadamente informado e esclarecido para que a sua decisão seja tomada livre de qualquer pressão, isto é difícil de alcançar numa situação de emergência, onde prevalece o “salvar vidas”, no melhor interesse do doente.

A intervenção do enfermeiro, muitas vezes em situações de stress e emergência, onde o limiar entre a vida e a morte é muito ténue, deve ser sempre baseada numa tomada de decisão fruto da evidência, sustentada por conhecimentos e competências. Tomar a decisão mais adequada perante situações

complexa nem sempre é fácil. Mais difícil é saber quais as probabilidades de obter resultados satisfatórios. A falta de informação e o tempo disponível são dois fatores que interferem na tomada de decisão clínica numa situação de emergência (Nunes, 2007).

É fulcral, sempre que possível, e com o doente devidamente esclarecido, respeitar a vontade e os valores do doente, mesmo que dessa vontade advenha um desfecho não desejado pela equipa de saúde.

A pessoa em situação crítica tem a sua família, que vivencia alterações, por vezes drásticas e dramáticas dos seus padrões habituais e muitas vezes do seu próprio estado de saúde. É inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar também da família. É responsabilidade do enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica o apoio e acompanhamento a família. E este apoio deve ser realizado de uma forma calma e ao “ritmo” da família.

É importante estar presente, disponível e de forma empática ouvir. O facto de o familiar sentir que tem alguém presente para qualquer esclarecimento, caso seja necessário, é a base para uma relação terapêutica entre a família e o enfermeiro.

As equipas com quem trabalhei demonstraram grande preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família, integrando-a sempre que possível nos cuidados.

Consolidei competências na assistência pessoa e á família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença, bem como a sua inclusão nos cuidados. Aprimorei competências na admissão, colheita de dados ao doente ou família quando possível, completando uma parte essencial do processo de enfermagem.

Assisti a pessoa e a família no decurso das perturbações emocionais que sofrem quando lhe é diagnosticado algo para o qual não possuem informação. Tentei fornecer informação quando solicitada. Senti que estas explicações tranquilizam o doente e a família, pois sentem-se integrados no processo terapêutico. A aplicação destes princípios salvaguarda a prestação de cuidados de saúde, respeitando o doente.

A forma de agir das equipas em que me integrei e dos profissionais com quem contatei segue estes princípios, pelo que fundamentei e assimilei competências com base nesta prática de respeito pela pessoa.

O saber estar é algo que se constrói, que evolui e que se desenvolve. No entanto, é algo indispensável ao cuidar com qualidade, e inerente ao respeito ético pela pessoa que se cuida. Os domínios dos saberes cognitivos, práticos e altitudinais, respetivamente o saber saber, saber fazer e saber ser / estar, estão intrinsecamente ligados a conduta de enfermagem e só com o aprimorar dos mesmos se conseguem cuidados de enfermagem de excelência com responsabilidade, respeitando a pessoa em

toda a sua individualidade e unicidade.

Aprimorar competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência, da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados, resultando num aumento da capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática e tendo em consideração as suas vontades, crenças e valores sempre baseado na evidência científica e num pensamento crítico-reflexivo.

A ética e a responsabilidade, princípios inerentes ao código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidar humanizado em enfermagem. Sendo os pilares da prática da profissão, tornam-se ainda mais evidenciados no cuidar especializado.

Definir as responsabilidades e os procedimentos a executar relacionados com a doação e colheita de órgãos e tecidos.

Durante o estágio no BO tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa externa à ULS-NE na colheita de órgãos e tecidos de um dador em morte cerebral segundo um protocolo destinado a ser aplicado nos Serviços / Unidades da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, (ULSNE) perante um potencial dador de órgãos e/ ou tecidos sendo este um indivíduo que está conectado ao ventilador com funções vitais mantidas artificialmente com perda total e irreversível das funções do tronco cerebral, a quem foram realizadas provas de verificação e certificação de morte cerebral.

Dador de órgãos efetivo será o potencial dador que não está inscrito no RENNDA e sem critérios de contra-indicação absoluta para a doação de órgãos.

Dador de Tecidos é o potencial dador que não está inscrito no RENNDA e sem critérios de contra-indicação absoluta para a doação de tecidos.

É da responsabilidade do Coordenador Hospitalar de Doação Em articulação com os Diretores e Enf. Chefes dos Serviços e Unidades envolvidos a implementação deste procedimento.

A – Verificação e certificação da morte cerebral

1. Sempre que seja reconhecida a possibilidade de um doente estar em morte cerebral, o Médico Sénior do Serviço Medicina Intensiva desencadeia o processo de verificação e certificação da morte cerebral, respeitando os princípios definidos na lei.
2. Realizadas as primeiras provas de verificação de morte cerebral e sendo estas compatíveis com o diagnóstico de morte cerebral, o Médico Sénior do Serviço Medicina Intensiva deve efetuar a referência do potencial dador ao Coordenador Hospitalar de Doação que se

articulará o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação de Órgãos, para avaliação da possibilidade de doação e colheita de órgãos e tecidos.

3. A certificação da morte cerebral deve ser registada, em impresso próprio (ULSNE 543.00), e assinada pelos dois médicos intervenientes na verificação da morte cerebral, respeitando os princípios definidos na lei.

B – Informação à Família

1. É da responsabilidade do Médico Sénior em colaboração com o enfermeiro responsável do doente informar a família da situação clínica do doente, após verificação dos critérios de morte cerebral.
2. É da responsabilidade do Médico Sénior do Serviço, se tiver formação específica na área, ou do Coordenador Hospitalar de Doação, que terá obrigatoriamente formação específica devidamente comprovada, nesta área, dar a informação à família relativamente a todo o processo relacionado com a doação e colheita de órgãos e tecidos.
3. É da responsabilidade do Coordenador Hospitalar de doação em articulação com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação de Órgãos, assegurar a rapidez do todo o processo de doação e colheita, de forma a não atrasar as cerimónias fúnebres.

C – Registo Nacional De Não Dadores (RENDA)

1. É da responsabilidade do Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação de Órgãos após contato com o Coordenador Hospitalar fazer a consulta ao RENDDA, respeitando as normas impostas pela lei, após a verificação dos critérios de morte cerebral.
2. Se houver registo de não dador, o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação de Órgãos informa o Coordenador Hospitalar de Doação e é proibida a colheita de órgãos, tecidos.
3. Se não houver registo, o Coordenador de Transplante informa o Coordenador Hospitalar de Doação, Médico do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, sendo possível iniciar o processo conducente à doação e colheita de órgãos e tecidos.
4. O impresso do registo da consulta ao RENDDA fica arquivado no GCCT

D – Avaliação do Dador de Órgãos/Tecidos

1. É da responsabilidade do Coordenador Hospitalar de Doação a recolha da informação clínica e laboratorial a fornecer pelo Médico Sénior do Serviço Medicina Intensiva, para avaliação

das condições de cada órgão/tecido, (Formulário do IPST – Instituto Português de Sangue e Transplantação - anexo 1). Em colaboração com o Médico Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. O Coordenador Hospitalar de Doação e/ou Coordenador de Transplante pode solicitar meios auxiliares de diagnóstico e análises laboratoriais para garantir a segurança e qualidade dos órgãos e tecidos a colher.

2. É proibida qualquer exame ou manobra invasiva exclusivamente relacionada com a avaliação do dador antes da verificação das segundas provas de morte cerebral, com exceção da colheita de sangue para as análises a serem efetuadas no Centro de Sangue e Transplantação (serologia, tipagem HLA e crossmatch). Esta exceção está diretamente relacionada com o tempo de isquemia fria dos órgãos e com a aceitação final de órgãos como o coração que necessita do resultado do crossmatch. É da responsabilidade do Coordenador de Transplante disponibilizar a equipa para a colheita de gânglios e o seu transporte para o Centro de Sangue e Transplantação.

E – Confidencialidade

- Para cumprimento da lei no que respeita à confidencialidade par dador/receptor é da responsabilidade do Coordenador Hospitalar de Doação em articulação com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação a atribuição de um número de código alfanumérico sequencial a cada dador de órgãos e/ou tecidos que passará a constar em todos os impressos e pedidos de exames subsequentes à cirurgia de colheita. Este código assegura o anonimato do dador e só através dos registos no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, se pode associar o código a um nome.

F – Manutenção do Dador de Órgãos/Tecidos

- É responsabilidade dos médicos e dos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva a manutenção dos dadores em condições que garantam a viabilidade dos órgãos e tecidos nas melhores condições para a transplantação.

G – Cirurgia de Colheita de Órgãos/Tecidos

- É da responsabilidade do Coordenador Hospitalar de Doação em articulação com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação a organização da logística necessária para a colheita de órgãos, de acordo com as normas estipuladas a nível local, regional e nacional.

H – Registos

- O Coordenador Hospitalar de Doação é responsável por registar os contactos efetuados com o médico sénior do Serviço de Medicina Intensiva que referencia o potencial dador e os contatos com os diferentes diretores de programa com vista à aceitação do dador.
- O Coordenador de Transplante deve efetuar todos os registos relacionados com o dador, organização da equipa, tempos de atividade, avaliação biológica do dador e órgãos bem como o respetivo arquivo num processo único de cada dador ao qual foi atribuído o código alfanumérico sequencial anual referido no ponto E-Confidencialidade, permitindo garantir a rastreabilidade com eventuais recetores.

A transplantação como uma forma de intervenção médica, que apesar de ser considerada como um final de linha, esgotados todos os procedimentos terapêuticos, permite aos profissionais de saúde de todas as áreas, desde a médica à cirúrgica oferecer uma solução que tem como objetivo tratar em definitivo, com melhoria comprovada da qualidade de vida, os doentes que sofrem de uma falência terminal, aguda ou crónica, de um órgão.

A lei Portuguesa que se baseia no consentimento presumido para a dádiva de órgãos de qualquer cidadão nacional ou residente, desde que não registado no RENNDA, favorece a colheita de órgãos no dador em morte cerebral.

O número de dadores pode vir a ter crescimento, ainda que pequeno. No entanto é importante alertar e motivar a população e profissionais de saúde para a promoção e concretização da dádiva, nomeadamente se estes últimos investirem um pouco mais na avaliação adequada e na ponderação da possibilidade de admissão de doentes que considerados como moribundos, e a quem a medicina no seu estado atual da arte já nada tenha para oferecer, mas que podem potencialmente vir a ser dadores, se admitidos no Serviço de Medicina Intensiva.

2.2-Domínio da Gestão da Qualidade

A Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade de forma a avaliar o reflexo da melhoria ou não dos cuidados de enfermagem. O conceito qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância é referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), DGS e OE.

A qualidade não é tarefa fácil de definir, principalmente no âmbito da saúde, uma vez que este conceito é em grande parte subjetivo, tal como o conceito de saúde.

É importante assumir que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, por isso “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional enfermeiros, nem o exercício

profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p. 6). A gestão da qualidade é um domínio fulcral nas competências do enfermeiro especialista.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) (OE, 2009), o enfermeiro especialista deve ser um dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica, participar nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados, ajudando à criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

Durante os estágios, pesquisei e cumpri os protocolos instituídos, atuando em conformidade com estes. Assim quer no SMI quer no BO, tive a perceção que tudo era preparado e antecipado para receber o doente, de acordo os protocolos existentes, conhecidos por todos os profissionais. No SMI, procedi à preparação da unidade do doente, realizei teste do ventilador, monitor, máquinas de infusão, e tomei consciência das normas de controlo e prevenção da infeção. No BO, procedi à realização da checklist da sala operatória, colaborei no projeto cirurgia segura. No SU procedi à realização da verificação da sala de emergência, banhos cirúrgicos e realização da check-list pré-operatória a doentes para serem submetidos a intervenções cirúrgicas. Constatei que nestes serviços se prestam cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, dirigidos ao doente e família, com vista à satisfação das suas necessidades, utilizando boas práticas, visando a prestação de cuidados individualizados e personalizados. A existência de normas e protocolos nestes serviços facilitam a segurança dos cuidados prestados. A distribuição de funções e verificação de todo o material promove não só uma melhor organização do serviço e cuidados como também minimiza o erro. Colaborei na gestão do risco ao nível das unidades funcionais, instalações, materiais e equipamento, nomeadamente na verificação da operacionalidade das salas operatórias, sala de emergência e reanimação do doente, na preparação e teste do material.

O contato prévio para receção de um doente, a preparação da unidade ou sala, com a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário, bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, tudo são ações que estimulam a qualidade.

Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. O contato estreito entre os profissionais e a comissão de controlo de infeção permite uma atualização constante dos procedimentos e das normas. Concomitantemente com a atualização, urge lembrar, em contexto de prática diária, que deve ser realizado por todos os profissionais entre si, mas principalmente pelos enfermeiros especialistas que detêm competências específicas para tal.

Tive oportunidade de aplicar as normas de controlo de infeção em todos os campos de estágio. Desde as medidas básicas como a lavagem das mãos à administração de profilaxia antimicrobiana protocolada.

A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente, e aos profissionais. O processo de enfermagem sustenta a prática dos enfermeiros sendo a “história” do doente. A admissão do doente, a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos, de intervenções, passando pela sua implementação e posterior execução, todas as etapas deste processo são a base para a avaliação da qualidade dos cuidados.

“Bons” cuidados devem implicar “bons” registos, refletindo-se assim em qualidade de cuidados. O enfermeiro especialista, como dinamizador, deve estimular a equipa na realização de registos sempre atualizados e pertinentes ao nível do processo de enfermagem, por forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.

A avaliação da qualidade depende do conhecimento e da análise dos cuidados de enfermagem, nomeadamente de todo o seu processo, desde a avaliação inicial até a avaliação dos resultados obtidos. Como enfermeira especialista tive contacto com todo o processo do doente, adotei uma postura crítica na atualização e estruturação do mesmo e avaliei os resultados das intervenções implementadas sempre que possível.

A criação de um ambiente terapêutico seguro é uma das áreas de incidência das competências do enfermeiro especialista. Contudo, um doente em estado crítico, com instabilidade hemodinâmica precisa de cuidados mais constantes e presenciais que um outro doente em enfermaria. Isto leva-nos a pensar em dotações seguras e rácios de enfermeiros. A dotação nos cuidados intensivos é de um enfermeiro para dois doentes, o que permite uma gestão eficaz dos cuidados, havendo, no entanto, um espírito de equipa e de interajuda que potencia a qualidade.

No BO existe um enfermeiro para cada área específica do período intraoperatório e um enfermeiro responsável pela área dos cuidados pós anestésicos com a capacidade para receber dois doentes.

No SU, em OBS, a dotação é de um enfermeiro para quatro doentes. Na área da pediatria, área Laranja, sala de Emergência, salas de Triagem Medica, Orto traumatologia, Pequena Cirurgia e Triagem por Prioridades estão quatro enfermeiros que se entrecorrem. É também função do enfermeiro especialista intervir na dinâmica dos cuidados, tentando organizar e distribuir os enfermeiros pelos doentes e pelos cuidados necessários.

Ao enfermeiro especialista é também exigida atenção redobrada e dedicação a formação em serviço, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um, promovendo a sua partilha com a equipa. O enfermeiro especialista deve estimular a equipa, de forma global ou individual, para a

participação e elaboração de normas e protocolos que uniformizem os cuidados e que minimizem conflitos e ações diferentes.

Participei em ação de formação no SMI como formanda sobre ventilação mecânica invasiva.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com a OE, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro, revelando-se de grande importância para manter um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. Esta está implícita nos cuidados, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. Inerente ao conceito de produtividade temos os conceitos de eficácia e eficiência. Segundo Soares (2007), eficiência é a relação entre os custos e os resultados, ou seja, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis e a eficácia pode ser definida como o alcançar dos objetivos em relação as metas propostas.

Tendo em conta as tarefas exigidas ao enfermeiro, este tem que inevitavelmente adquirir competências de liderança, análise crítica, para identificação correta de problemas, tomada de decisão, planeamento e execução de cuidados, sendo de extrema importância a capacidade de priorizar tarefas, designadamente no SU onde é necessária uma elevada capacidade de decisão, que muitas vezes tem de ser feita num curto espaço de tempo. A priorização correta dos cuidados prestados é fulcral. O exercício de funções num ambiente complexo, requer capacidade de decisão rápida e atenção redobrada, como no caso da triagem e da sala de emergência. A gestão dos processos de doença em situação crítica é desafiante, mas ao mesmo tempo consumidora de tempo, pois requer uma vigilância mais apertada e uma atuação rápida e eficaz. No decorrer dos estágios, pude observar algumas funções de gestão dos cuidados por parte dos enfermeiros especialistas. No SMI assisti a auditorias realizadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA). No decorrer dos estágios, adequiei os recursos às necessidades, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

Ao enfermeiro especialista é-lhe requerido que seja eficaz, ou seja, que atinja as metas e resultados preconizados, traduzindo o máximo bem-estar e satisfação do doente.

Como aluna de mestrado desenvolvi competências e conhecimentos que me permitem uma gestão de cuidados, que potenciam a excelência dos mesmos, sem descurar a evidência científica. Assesorei os enfermeiros, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções procurando um papel dinamizador.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber ser e saber fazer, mas também do saber saber e saber estar.

O enfermeiro especialista deve desenvolver competências que lhe permitam enriquecer o seu nível de conhecimentos, pois só assim baseia a sua prática especializada em sólidos e validos padrões de cientificidade.

Segundo a OE, 2009 o enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo. A constante evolução ao nível tecnológico nas áreas da saúde e a inesperada produção sistemática de novas evidências exige um constante acompanhamento dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências. Só assim é possível prestar cuidados atuais de forma segura e competente.

O enfermeiro especialista deve possuir competências que influenciam de forma positiva e construtivamente a equipa, motivando-a e esclarecendo-a, gerindo conflitos, partilhando experiências e estimulando a formação e a aprendizagem individualizada.

O Serviço de Urgência, o Bloco Operatório e o Serviço de Medicina Intensiva são serviços onde existe tecnologia diversificada para cuidar e tratar de doentes em situação crítica sendo exigido competências acrescidas para manusear e utilizar corretamente estes dispositivos e executar técnicas. A aprendizagem podemos facilmente adquirir e apreender através da pesquisa, da discussão com um elemento da equipa e da experimentação. Contudo, existem outras, que só a experiência consegue colmatar e fica sempre a sensação de que se poderia ter feito melhor ou de outra forma.

No decorrer do estágio procurei desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os meus limites pessoais e profissionais. A gestão destes fatores é fundamental, assim como a gestão de emoções e sentimentos, para ter uma atuação eficaz, mesmo sob pressão. Também no âmbito desta competência importa salientar a importância de desenvolver capacidades de resolução de conflitos, já que o ambiente hospitalar é propício ao aparecimento de conflitos. Um exemplo disso é o processo de triagem no SU, que diariamente põe à prova a capacidade de gestão de conflitos. Inúmeras vezes a triagem é interrompida por utentes e / ou familiares, sendo fundamental o enfermeiro possuir um elevado conhecimento de si próprio a fim de manter uma postura correta perante estas situações. Ao longo dos estágios, suportei a prática clínica na investigação, conhecimento e reflexão sobre a ação, sempre que tive dúvidas esclareci com o orientador e fiz pesquisa bibliográfica. Procurei rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem.

Falar de aprendizagem não é falar apenas de aquisição de conhecimentos e conceitos. É aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas. É ter um pensamento crítico e reflexivo e atuar atempadamente prevenindo o dano.

Intrinsecamente ligado ao fato de cuidar da pessoa em situação crítica está a necessidade de rapidez de atuação, pois da celeridade da resposta proporcionada depende um desfecho mais ou menos positivo. O facto de lidarmos com situações de risco de vida iminente, onde a instabilidade hemodinâmica dos doentes é uma constante e o número de aspetos que temos de pensar e analisar ao mesmo tempo é grande, provoca um elevado nível de stress profissional, podendo dar origem, caso não existam mecanismos de escape, a cansaço, sentimentos de impotência, impaciência e frustração.

Ao longo dos campos de estágio vivenciei variados momentos de emergências médicas e traumáticas e tive oportunidade de poder contribuir com a minha experiência e conhecimento no atendimento destes doentes, assim como adquirir muitos outros conhecimentos e competências para um melhor cuidar.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais assegura práticas seguras, de qualidade e contribui para um desenvolvimento profissional e pessoal.

2.5. Competências Específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

O aparecimento, cada vez mais frequente, de doenças graves com início súbito e de doenças crónicas que agudizam, bem como o aumento do número e da gravidade dos acidentes e das situações de violência e de catástrofe, conduzem a deterioração rápida e progressiva das funções vitais de um órgão ou sistemas de órgãos levando a uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade.

Como consequência desta necessidade de cuidados de saúde é emergente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, detenham competências e capacidades para lidar com este tipo de doentes. Face a esta realidade, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (2011) emanou padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim, segundo este Colégio, os cuidados de enfermagem a pessoa em situação crítica “são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma continua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, maximizando a recuperação da pessoa. Estes cuidados

exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.(OE, 2011, p. 3)

O foco da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é, para além da monitorização e observação constantes, o cuidar da pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, considera-se também a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas bem como a maximização da intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e / ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil, como grandes áreas de intervenção do enfermeiro especialista.

Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão o que se traduz num conjunto de competências clínicas 20 especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2007).

Ao longo dos estágios, tive oportunidade de cuidar da pessoa em situação de vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, maximizando as intervenções na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, dada a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, através de uma prática profissional adequada.

Promovi práticas de cuidados tendo sempre em atenção os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e tentando desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das atividades realizadas, sempre centrado ambiente terapêutico e seguro; adequiei a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a melhoria da qualidade dos cuidados em articulação com a equipa multiprofissional.

Tentei sempre aproveitar sempre todas as oportunidades para desenvolver o auto conhecimento e a assertividade e fundamentar a minha prática em sólidos padrões de conhecimentos.

Apesar de algumas dificuldades sentidas, julgo ter adquirido competências de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no contexto do doente crítico, e sobretudo ter adquirido sensibilidade e auto realização pessoal.

2.5.1. Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde / doença e o foco da intervenção do enfermeiro. O enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, possui competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes a pessoa holística, que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano (OE, 2011).

Senti que ao longo do meu estágio desenvolvi um acréscimo de competências no cuidar da pessoa em estado crítico.

Não é de um momento para o outro que alguém adquire competências, mas depois de assimiladas e compreendidas, a experiência acaba por cimentá-las e aprimorá-las. Neste caso, a minha experiência profissional foi uma mais-valia.

Após a conclusão do estágio sinto-me muito mais capaz no que respeita a observação e antecipação de alguma instabilidade por parte do doente, no que respeita a compreensão das necessidades dos doentes, estando mais desperta para alguns sinais que manifestam as necessidades do doente, por exemplo, o sentimento de dor no doente que não comunica, bem como no lidar com a família, que na maioria das vezes se sente “perdida”, desanimada, confusa, e que só precisa de uma palavra de esclarecimento, de uma presença, de companhia, mesmo que seja em silêncio.

Manusear a tecnologia que mantém o suporte vital do doente é necessário e obrigatório ao enfermeiro que trabalha com a pessoa em situação crítica, mas integrar a família / ente querido nos cuidados exige muitas vezes mais perícia, paciência, empatia e revela-se muito mais complexo. Por conseguinte, consegui corresponder as competências referentes a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família, bem como no estabelecimento de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, principalmente em situações de alta complexidade do estado de saúde da pessoa.

Cuidar da pessoa em situação crítica exige competências cognitivas, do autoconhecimento, ou seja, a pessoa tem de possuir conhecimentos específicos e usa-los em prol do bem-estar do doente, tem de possuir competências relacionais, de liderança e de interajuda pois o trabalho é realizado em equipa multidisciplinar. A assertividade e a empatia tem de estar, na minha opinião, sempre inerentes

ao cuidar em enfermagem, pois só compreendendo a posição do outro conseguimos cuidar verdadeiramente.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa crítica (OE, 2011) evidenciam categorias de enunciados descritivos que devem ser do conhecimento quer do enfermeiro que presta cuidados quer da pessoa / família, alvo dos cuidados. Assim, através das competências que lhe são exigidas, o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional.

Durante o meu estágio, as minhas intervenções foram de encontro a estes enunciados preconizados, onde a satisfação do doente era o objetivo máximo das minhas intervenções, e para tal potencieei a sua colaboração nos cuidados e o seu esclarecimento.

A promoção da saúde foi mais explorada no SMI, aquando da alta ou transferência, onde elucidei sobre comportamentos corretos a adotar, cuidados a ter, sendo esta informação providenciada ao doente e a família sempre que possível. A prevenção de complicações assim como o bem-estar e o autocuidado foram situações que tive sempre presente, pois cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação implica uma realização, por parte do enfermeiro, de todas as necessidades humanas básicas, promovendo sempre o seu bem-estar e prevenindo complicações, quer sejam elas do ponto de vista hemodinâmico, infeccioso ou de conforto.

Cuidar de pessoas em situação crítica revela-se assim uma realidade única na esfera do cuidar em enfermagem e exige aos profissionais que aí exercem a sua prestação de cuidados conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas.

2.5.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Concecção à Ação

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”. A probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multivítima aumenta cada vez mais, devido ao crescimento da população a nível global e contínua urbanização, o crescente número de pessoas a partilhar espaços cada vez pequenos, o turismo, a migração, a produção, transporte e uso de materiais perigosos que incluem substâncias radioativas. O aumento do terrorismo a nível global é cada vez mais preocupante, contribuindo para o aumento do receio de

uma situação semelhante.

Como tal, a prestação de cuidados num SU implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação semelhante. Perante estas situações, o objetivo máximo será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subseqüentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

Para que estes objetivos sejam atingidos há a necessidade de recolocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a otimização dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e o uso simplificado de diagnóstico e tratamento.

Numa situação destas, o principal receio será sempre a insuficiência de recursos existentes para as necessidades imediatas, comprometendo a prestação de cuidados de saúde com a conseqüente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos que sobrevivem.

A ULSNE possui um Plano de Emergência Externa, no qual estão integrados todos os serviços de todas as Unidades Hospitalares. Este plano foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, e é também responsável pela sua atualização.

O SUMC está dotado de um armário de catástrofe, onde estão guardados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação para uma situação de catástrofe.

A formação do curso de Triagem de Prioridades de Manchester dota os profissionais do SUMC de competências nesta área.

Para que tal possa ser atingido são necessários dois pontos: a realocação dos recursos disponíveis para onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento.

A ULSNE tem um Plano de Emergência Externa que integra todos os serviços de todas as Unidades Hospitalares. Este plano privilegia a interligação com entidades exteriores a ULSNE para uma melhor articulação na resposta a situação de exceção. Este Plano de Emergência foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, sendo também responsável pela sua atualização.

No SUMC da ULS-NE onde decorreu o estágio, existe um armário de catástrofe, situado perto da sala de enfermagem, onde estão guardados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação para uma provável situação de catástrofe ou de exceção.

Ser capaz de atuar em situação de catástrofe ou multivítimas é essencial ao enfermeiro que exerce funções no SU.

2.5.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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

O enfermeiro especialista, segundo a OE (2010), deverá responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a 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. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde tem como principal objetivo “...identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes e, conseqüentemente, diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável” (Costa, Silva & Noriega, 2008,p. 6).

A DGS prevê a constituição e a operacionalização dos PPCIRA em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do programa:

- Vigilância epidemiológica;
- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas;
- Formação dos profissionais.

Como forma de maximizar a eficiência, todas as recomendações internas e planos de ação emitidas pelo PPCIRA tem carácter vinculativo e não meramente consultivo. E por isso responsabilidade destes a implementação de uma cultura de segurança, com o intuito de que a prevenção e controlo das IACS sejam encarados como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

Para dar resposta a esta competência tentei adotar sempre uma atitude responsável no controlo da infeção desde a adoção das medidas de precaução básicas, como o lavar das mãos e uso do equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica antimicrobiana.

Colaborei em numerosos rastreios sépticos de forma responsável e respeitando os princípios de assepsia. Tentei fomentar o cumprimento dos tempos de espera na área da higiene hospitalar, o que nem sempre é fácil devido, por exemplo, a grande afluência ao SUMC e a necessidade de utilizar as macas disponíveis.

Participei em auditorias realizadas pela PPCIRA no SMI aquando da colocação de cateteres venosos centrais e colocação de linhas arteriais.

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Durante o estágio no SMI e BO adquiri e aprofundei conhecimentos no âmbito do controlo de infeção. Enquanto enfermeira especialista sinto que terei a responsabilidade de questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção, perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica. Apenas cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em estado crítico.

CONCLUSÃO

Os locais de estágio permitiram-me desenvolver as competências do enfermeiro especialista, na medida em que, possuem qualidade na prestação de cuidados e recursos humanos dispostos a investir, ensinar e proporcionar as mais diversas oportunidades de aprendizagem, aliado ao facto de ter tido orientadores de estágios, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica de elevada qualidade profissional.

O meu desenvolvimento profissional exigiu reflexão crítica das práticas, e preocupação na aprendizagem do saber fazer e saber ser, mas sobretudo na prática da enfermagem em geral.

Pretendi adquirir e consolidar competências que me permitiram essencialmente:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de Urgência/Emergência;

- Incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao doente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas;

- Desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas, principalmente de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

De acordo com Le Boterf (2002), citado pela Ordem dos enfermeiros (OE) (2009, p. 11), competência é “...saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta”. Estas competências são a base da formação especializada em enfermagem. A pessoa em situação crítica exige cuidados rápidos, específicos, contínuos e especializados, levando a necessidade de adquirir competências específicas. As competências desenvolvidas ao longo do estágio foram:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção a ação;

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;

- Desenvolver uma prática profissional e ética;

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

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face as situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Todas as ações desenvolvidas assentaram num pensamento crítico-reflexivo, baseado na evidência científica e experiência profissional, para uma tomada de decisão consciente tendo como propósito a qualidade dos cuidados no atendimento do doente crítico e o alcançar dos objetivos propostos.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

Nota prévia

O trabalho de investigação, que a seguir se apresenta, em formato de proposta para publicação, assenta no pressuposto de que, as Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IEE) podem assumir-se como Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), aos cuidados ao doente crítico com VMNI. O reconhecimento deste estatuto, parte de que pela sua consistência executória, as equipas de enfermagem, os colocam em prática, porque, para além de se constituírem como contributo para a qualidade em saúde, tornam a equipa mais dinâmica, mais transversal, fluída, destra, e, portanto, mais competente. Por outras palavras, são essas ações, que constantemente aplicadas, se assumem como essenciais ISQ, e de entre todas as ações, serão aquelas mais prevalentes, as que serão consideradas de maior valor, assumindo relevância, sustentação e contributo, para a melhoria da qualidade dos cuidados constituindo uma base estrutural para a melhoria contínua do exercício profissional do enfermeiro especialista em EMC.

Assim, e no sentido de apresentar a evidência do desenvolvimento da investigação e a respetiva utilização de pelo menos uma metodologia, neste capítulo, apresenta-se o enquadramento conceitual da variável em estudo, elaborado a partir de bases científicas de dados, como o RCAAP, PubMed Central e SciELO. O exercício de pesquisa, permitiu fundamentar a pertinência do estudo, no quadro de conhecimentos atuais, tal como exigido para desenvolver as fases seguintes da investigação.

Para o desenvolvimento prático desta metodologia, foi selecionado um *rationale metodológico* de análise quantitativa, transversal e exploratório, em que as variáveis dependentes são as IEE.

A investigação permite implementar uma análise crítica e reflexiva, acerca de um tema, com o intuito de atingir o melhor desenvolvimento da enfermagem, na medida que, procura refletir e questionar acerca das práticas de enfermagem, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e ao desenvolvimento e concretização profissional e pessoal. Ao longo do estudo foram respeitados os princípios éticos.

Assim, para a realização deste trabalho de investigação, e no sentido de cumprir os pressupostos éticos e institucionais, foram efetuados Pedidos de Parecer a várias entidades: Pedido de autorização ao conselho de Administração-Comissão de Ética da ULSNE (Anexo III); Parecer favorável da Orientadora Científica, a Professora Doutora Maria Augusta Romão da Andreia, F. 2022.

Foi construído o Instrumento de Recolha de Dados: Intervenções Interdependentes de Enfermagem

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

ao doente Crítico com Ventilação Mecânica não Invasiva” (Fernandes, A.; Garcia, S.; Veiga-Branco, 2022) (Anexo II);

O presente estudo, “Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva” é um estudo de análise quantitativa, exploratório, transversal, a partir da análise às respostas apresentadas pela amostra de enfermeiros, às questões do questionário realizado para o efeito (Anexo I). Os resultados, que de forma global vão apresentando respostas aos Objetivos formulados, tornam-se pertinentes do ponto de vista da análise e da reflexão, no que respeita ao momento atual que a Enfermagem atravessa.

Para efeitos de divulgação dos resultados da investigação, no campo científico da enfermagem, este trabalho, foi submetido como proposta para publicação numa revista científica, de reconhecimento nacional e internacional. A revista científica selecionada foi a *Millenium*, editada pelo Instituto Politécnico de Viseu, pelo que o template do artigo de investigação cumpre o definido pela revista para a sua submissão.

A seleção da *Millenium*, merece aqui um ponto de atenção: primeiramente, é um Jornal Científico nacional de carácter transcultural e pluri profissional - Educação, Tecnologias e Saúde – aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) para integrar a coleção SciELO, e encontra-se disponível no website da SciELO Portugal.

Em segundo lugar, é uma revista que por ser acessível em língua portuguesa, e de não pagamento exigível para publicação, e apresenta a segurança de revisão cega de propostas para publicação. No global, apresenta características para se tornar reconhecida e discutida pelo tecido profissional de enfermagem, e de oferecer a este grupo profissional um amplo contexto de debate e representação.

Millenium, (),

ORIGINAL ARTICLE

INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES DE ENFERMAGEM COMO INDICADORES SENSÍVEIS DE QUALIDADE -CUIDADOS EM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

INTERDEPENDENT NURSING INTERVENTIONS AS SENSITIVE INDICATORS OF QUALITY - CARE IN NONINVASIVE MECHANICAL VENTILATION

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTES COMO INDICADORES SENSIBLES DE LA CALIDAD -ATENCIÓN EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

RESUMO

Introdução: As Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE) na Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI) ao doente crítico, são essenciais para a qualidade em saúde, pelo que importa reconhecer os indicadores de processo (IP) que promovem a visibilidade dessas intervenções cuidativas.

Objetivos: Identificar as IIE ao doente crítico com VMNI, que, pela sua consistência executória, se assumem, como Indicadores de Processo, Sensíveis de Qualidade (IPSQ) aos cuidados, e a sua relação com as variáveis profissionais.

Métodos: Estudo exploratório, quantitativo descritivo, a partir da análise às respostas a um questionário elaborado para o efeito, numa amostra de 76 enfermeiros, de urgência e medicina intensiva, maioritariamente, do sexo feminino (82,9%), com idades entre 36 e 45 anos (51,3%).

Resultados: As IIE ao doente crítico com VMNI, que pela sua consistência executória, se assumem, como IPSQ aos cuidados, são: “doente é monitorizado segundo as recomendações” e “(...) é informado e pedida a sua colaboração” e os constrangimentos mais sentidos foram: “presença de secreções excessivas (...)”, “a ocorrência de PCR é contra-indicação” e “o nível de consciência do doente influencia o sucesso (...)”. Foram verificadas relações estatisticamente significativas entre: a IIE “recurso à sedação” e o tempo de serviço, e o constrangimento “nível de consciência” e as variáveis: formação específica e tempo de serviço.

Conclusões: É essencial protocolo de atuação na VMNI, para uniformização de cuidados.

Palavras-chave: Intervenções interdependentes; VMNI; constrangimentos, IPSQ, competências.

ABSTRACT

Introduction: The Interdependent Nursing Interventions (IIE) in Non-Invasive Mechanical Ventilation (NIMV) for the critically ill are essential for quality in health, so it is important to recognize the process indicators (IP) that promote the visibility of these care interventions.

Objectives: To identify the IIE for critically ill patients with NIMV, which, due to their enforceable consistency, are assumed to be Process Indicators, Quality Sensitive (IPSQ) to care, and their relationship with professional variables.

Methods: Exploratory, quantitative and descriptive study, based on the analysis of the answers to a questionnaire prepared for this purpose, in a sample of 76 nurses, of urgency and intensive medicine, mostly female (82.9%), aged between 36 and 45 years (51.3%).

Results: The IIEs for critically ill patients with NIMV, which, due to their enforceable consistency, are assumed to be ISQs for care, are: “the patient is monitored according to the recommendations” and “(...) their collaboration is informed and requested” and the most felt constraints were: “presence of excessive secretions (...)”, “the occurrence of cardiac arrest is a contraindication” and “the patient's level of consciousness influences success (...)”. Statistically significant relationships were found between: the IIE “use of sedation” and length of service, and the constraint “level of consciousness” and the variables: specific training and length of service.

Conclusion: A protocol of action in NIMV is essential for standardization of care.

Keywords: Interdependent interventions; NIMV; constraints, ISQ, competencies.

RESUMEN

Introducción: Las Intervenciones de Enfermería Interdependientes (IIE) en Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) para el enfermo crítico son fundamentales para la calidad en salud, por lo que es importante reconocer los indicadores de proceso (PI) que promuevan la visibilidad de estas intervenciones asistenciales.

Objetivos: Identificar los IIE para pacientes críticos con VMNI, que por su consistencia ejecutoria se asumen como Indicadores de Proceso, Sensibles a la Calidad (IPSQ) de la atención, y su relación con variables profesionales.

Métodos: Estudio exploratorio, cuantitativo y descriptivo, basado en el análisis de las respuestas a un cuestionario elaborado al efecto, en una muestra de 76 enfermeras, de urgencias y medicina intensiva, en su mayoría del sexo femenino (82,9%), con edades comprendidas entre 36 y 45 años (51,3 %).

Resultados: Los IIE para pacientes críticos con VMNI, que por su consistencia exigible se asumen como IPSQ para la atención, son: “el paciente es monitoreado de acuerdo a las recomendaciones” y “(...) se informa y solicita su colaboración” y las limitaciones más sentidas fueron: “presencia de secreciones excesivas (...)”, “la ocurrencia de paro cardíaco es una contraindicación” y “el nivel de conciencia del paciente influye en el éxito (...)”. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre: el IIE “uso de sedación” y tiempo de servicio, y la restricción “nivel de conciencia” y las variables: formación específica y tiempo de servicio.

Conclusiones: Un protocolo de actuación en VMNI es fundamental para la estandarización asistencial.

Palabras Clave: Intervenciones interdependientes; VMNI; restricciones, IPSQ, competencias.

INTRODUÇÃO

O conceito de Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE), aqui assumido como variável dependente, será estudado em doentes críticos com Ventilação Mecânica não Invasiva (VMNI). A pertinência da temática, emerge do facto desta condição, ser o principal motivo de internamento, e a terceira causa de morte em Portugal, (Santos, 2018), com dificuldades e constrangimentos associados, que exigem ações específicas (Fernandes et al., 2019) por parte da enfermagem. As IIE são legalmente reconhecidas, como uma atuação de complementaridade funcional (OE/REPE, 2015), cujo valor executório, ao serem concebidas para fazerem alterar o nível de qualidade em saúde, tornam-se promotoras desse efeito. Assim, as ações com maior nível de consistência executória – de acordo com as recomendações para o efeito – serão aqui assumidas como IPSQ. Assume-se o que Santos et al., (2020) assumiram, ou seja, que estudar IS aos cuidados de enfermagem é um desafio e a oportunidade para demonstrar a natureza do contributo dos enfermeiros para a recuperação dos doentes que cuidam.

Todavía, para ser operacionalizada, do ponto de vista teórico e conceptual, a relação em estudo, entre as IIE e os indicadores de qualidade, reassume-se a tríade de Donabedian, (Seiffert & Wolf, 2020), distinguindo-os como indicadores de estrutura, processo e resultado. Os primeiros, de estrutura, referem-se aos recursos humanos, arquitetónicos, financeiros e técnicos; os indicadores de processo dizem respeito à eficiência nos procedimentos administrativos e assistenciais, adequados às necessidades do doente, e os de resultado, dizem respeito ao atendimento das expectativas do doente no momento em que é cuidado. Os indicadores que aqui se colocam em estudo, são os de processo, porque a literatura atual (Migote, 2022) menciona que através da análise de indicadores de estrutura e

processo, se pode aceder à monitorização aprofundada dos resultados de saúde, razão que torna pertinente a relação em estudo. Assim, quando se referir a nomenclatura IPSQ, é pressuposto que os indicadores aqui em estudo, são só os que dizem respeito ao processo cuidativo.

Por conseguinte, serão as ações de enfermagem consideradas IIE, que ao ser executadas de forma cuidativa, poderão ou não – conforme sejam consideradas suficientemente pertinentes para serem repetidas pelos enfermeiros - que se assumem como essenciais Indicadores de Processo, sensíveis de qualidade aos cuidados prestados (IPSQ).

O facto é que o valor executório da IIE, integra a formação teórica e prática da enfermagem, baseada em evidência científica. Assim, é teoricamente credível, que a sua aplicação promove o nível de qualidade em saúde. As ações com maior nível de consistência executória – de acordo com as recomendações para o efeito – serão aqui assumidas como Indicadores de processo de qualidade dos cuidados.

Assim, e para orientar os meandros processuais, foi formulada uma questão de investigação: Quais as IIE, que pela sua consistência executória, podem ser consideradas IPSQ, no cuidado ao doente crítico com VMNI? Por forma a responder à questão de Investigação exposta, formulou-se o objetivo geral do estudo:

Identificar as Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE) que pela sua consistência executória, podem ser consideradas indicadores de processo sensíveis à qualidade (IPSQ), aos cuidados ao doente crítico com VMNI.

Este Objetivo geral insere os seguintes Objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em estudo, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
2. Identificar as Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE), que pelo caráter de maior consistência executória, se assumem como IPSQ aos cuidados de saúde, ao doente crítico com VMNI;
3. Estudar as relações estatísticas entre as IIE estudadas e as variáveis profissionais da amostra.
4. Identificar as dificuldades/constrangimentos da VMNI, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
5. Estudar as relações estatísticas entre as dificuldades/constrangimentos identificados, na prática clínica ao doente crítico com VMNI e as variáveis profissionais da amostra;

Para dar consecução a estes objetivos, foi delineada uma metodologia de caráter quantitativo descritivo, exploratório e transversal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA / ESTADO DE ARTE /

A orientação estratégica em gestão de cuidados de saúde, parte da eficácia e eficiência dos cuidados e da essencial necessidade de comunicar esses resultados aos gestores institucionais (Vieira e Santos, 2021), razão porque os indicadores são considerados como uma medida para compreender um sistema, compará-lo e melhorá-lo (Santos et al., 2020). Estes autores, ao referirem o relatório da Unidade Nacional de Investigação em Enfermagem 2008 sobre o estado da arte em enfermagem, referem que a maioria dos indicadores reportados na literatura incide em áreas quantificáveis, e que faltam indicadores que meçam o impacto mais amplo dos cuidados de enfermagem (McCance et al., 2012). Por esses motivos, tornam pertinente o estudo de IQ do exercício profissional, por acreditarem que podem contribuir para a renovação e atualização cuidativa pelos enfermeiros. Partindo destes pressupostos, as Intervenções Interdependentes do Enfermeiro (IIE), são assumidas como ações aprendidas com base em evidência

científica, cuja aplicação, constrói cuidados baseados na evidência científica, pelo que as práticas selecionadas, serão aquelas, que na percepção dos enfermeiros, assumem maior poder terapêutico e curativo. De entre as intervenções de enfermagem – autônomas e interdependentes, foram selecionadas para estudo as segundas, por serem assumidas como o elo interdisciplinar, na atuação de complementaridade funcional, relativamente aos profissionais de saúde em inter transdisciplinaridade. São o tipo de intervenções, que podem tornar uno e mais competente o conjunto humano prestador de cuidados, para atingir um objetivo comum. Por outras palavras, são essas ações, que se constantemente aplicadas, assumem o estatuto de IPSQ, e por serem mais prevalentes, serão consideradas de maior valor.

A VMNI é instituída de acordo com critérios clínicos específicos, e, de acordo com D’Orazio et al. (2018), e Costa et al., (2018), o seu uso, promove não só as trocas gasosas pulmonares, como também diminui a frequência respiratória e o trabalho muscular respiratório, evita a entubação endotraqueal, e a consequente diminuição dos riscos associados (conforme BTS/ICS in Davidson et al., 2016). Todavia, D’Orazio et al. (2018) assumem que o sucesso da técnica VMNI irá depender dos cuidados prestados, e, na implementação de ações ao doente crítico, torna-se primordial a função do enfermeiro (OE, 2016), pelo que o enfermeiro deve fazer a avaliação do estado geral da pessoa, assim como da capacidade para colaborar com o procedimento (ACI, 2014). A avaliação deve incluir o nível de consciência, com recurso à Escala de Coma de Glasgow, a presença de tosse eficaz e a capacidade em manter as vias aéreas respiratórias, de forma a poder antecipar potenciais complicações (Ergan et al., 2018).

A aplicação da VMNI implica a preparação da pessoa de forma a assegurar a adesão ao tratamento: trabalho este que deve ter tempo para explicar a técnica e confirmar que a informação foi entendida (D’Orazio et al., 2018). “O enfermeiro deve auxiliar/colaborar com o médico na configuração dos parâmetros do ventilador, (...) verificação do funcionamento” e fazer educação respiratória para a pessoa respirar pelo nariz (Santos et al., 2020). A responsabilidade do início e posterior otimização da VMNI deve ser partilhada entre médicos e enfermeiros, com seleção da interface adequada e responsabilidade na titulação da VMN. Daqui são esperáveis os resultados compatíveis com as conclusões dos estudos de Raurell-Torredà et al., (2017a, 2017b, 2019) e de Pinto e Sousa (2017) já que referem nos seus artigos que, apesar de a VMNI ser iniciada após prescrição médica, a monitorização do doente e consequente sucesso da VMNI dependem dos cuidados de enfermagem, pelo que consideram que esta prevenção das complicações está diretamente relacionada com o sucesso da mesma (BTS/ICS, 2016). Os estudos de Pinto e Sousa (2017) e de Fernandes, et al. (2019) referem quais as complicações que devem ser alvo de maior atenção por parte dos enfermeiros, como a assincronia doente-ventilador, as úlceras por pressão, a secura das mucosas, a distensão gástrica, a não adaptação à interface, a sensação de claustrofobia, a dor, a acumulação de secreções, a congestão nasal, a aerofagia e os vómitos.

Existem algumas dificuldades/constrangimentos associadas à VMNI, cuja probabilidade de ocorrência, aumenta proporcionalmente com a duração da mesma, a agitação do doente e a necessidade constante de ajustar a interface (BTS/ICS, 2016). As principais complicações descritas segundo a BTS/ICS, (2016), são o desconforto, as úlceras por pressão (principalmente na pirâmide nasal), o rush cutâneo, a sensação de claustrofobia, as fugas excessivas, a congestão nasal, a secura das mucosas oral e nasal, sinusite, cefaleias e otalgias, irritação e infeções oculares, acumula-

Fernandes. A. F. 2022. *Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva*.

ção de secreções, vômito, privação de sono, confusão, assincronia doente-ventilador, hipotensão, distensão abdominal e pneumotórax, nos casos mais graves. Além disto, Fernandes et al., (2019) referem a importância da formação específica para a qualidade e segurança dos mesmos, já que a vigilância de complicações é uma das principais funções do enfermeiro durante a VMNI.

Por fim, importa referir, com algum pormenor, que, apesar das recomendações emanadas por entidades como a BTS/ICS, os estudos de Raurell-Torredà, et al. (2018) cujo objetivo era avaliar o conhecimento e as competências de enfermeiros e médicos na VMNI, demonstraram a existência de lacunas que colocam em causa a segurança do doente e o sucesso da VMNI. Os autores referem lacunas a nível da implementação de protocolos e guidelines, o que revela incumprimento das recomendações internacionais. Por este motivo, é pertinente colher dados relativos a problemáticas e constrangimentos sentidos pelos enfermeiros na aplicação da VMNI, e deles fazer análise e reflexão específica.

2. MÉTODOS

Para atingir os objetivos elaborados, foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva.

2.1 Amostra

Amostra de carácter intencional, de 76 enfermeiros, de um universo de 90 que desempenham funções no serviço de urgência e medicina intensiva num hospital da região norte de Portugal. No processo de amostragem foram considerados critérios de inclusão: licenciatura em enfermagem, prestação de cuidados a doentes em situação crítica com VMNI, em urgência (SU) e medicina (SMI); a aceitação de preenchimento do instrumento de recolha de dados (IRD), via Google docs.

2.2 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de Recolha de Dados (IRD) elaborado para o efeito, fundamentou-se na pesquisa bibliográfica, e intitula-se “Intervenções interdependentes de enfermagem ao doente crítico com Ventilação Mecânica não Invasiva” (Fernandes, A.; Garcia, S.; Veiga-Branco, 2022), para reconhecer as intervenções interdependentes, praticadas pelos enfermeiros, ao doente crítico com VMNI. O IRD insere as variáveis dependente (VD) e independentes, e constitui-se por duas partes: Parte I - variáveis sociodemográficas e profissionais: 7 questões de caracterização da amostra em relação à idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em SU/SMI. Parte II – variável dependente operacionalizada através das IIE ao doente crítico com VMNI, respeitando o sentido e significado conferido nos documentos originais (REPE Estatuto OE, 2015), e de forma a identificar os cuidados. Esta Parte II ainda insere três itens: componentes executórias da VD, com resposta através de escala de Likert, em cinco níveis cronológicos: “0=nunca” até “5=sempre”, distribuídos por 3 dimensões. A primeira, “Conhecimento sobre VMNI” tem 6 afirmações, a segunda “Adaptação do doente à VMNI” contém 25 questões e a terceira “Dificuldades/Constrangimentos na VMNI” com 19 questões. O nível de consistência da variável, é assim operacionalizado através de uma escala de Lickert de frequência temporal entre Nunca e Sempre. Os cuidados

assinalados em “Sempre” ou “Muito Frequentemente”, serão, aqui assumidos, como IPSQ aos cuidados, e portanto à qualidade em saúde.

O IRD foi aplicado via online, google forms, no período entre 7 a 25 de Março de 2022. Foram cumpridas as normas éticas.

2.3 Análise estatística

O tratamento estatístico, foi realizado através do programa Statistical Package Social Science (SPSS) 26. Recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como para a frequência temporal para as intervenções de enfermagem. Para analisar a relação entre as (IIE) e as variáveis independentes: formação específica, conhecimento das guidelines e o tempo de serviço, recorreu-se à utilização do teste de independência do Qui-quadrado ou teste de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%. Para cada teste é apresentado o valor de prova obtido e se este for inferior a 5%, conclui-se que as variáveis são dependentes, ou seja, estão relacionadas do ponto de vista estatístico. Para a análise da possível associação entre as ações IIE e as variáveis sociodemográficas, foi considerado o nível de significância de 10%.

3. RESULTADOS

A amostra (Tabela 1) é majoritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=63; 82,9%), e 13 profissionais do sexo masculino (17,1%). A variável idade, expõe que a maioria se encontra no intervalo entre 36 a 45 anos de idade (n=39; 51,3%); seguida dos profissionais com 46 ou mais anos (n=21; 27,6%), e há 16 enfermeiros com idade até 35 anos (21,1%). A variável habilitações literárias apresenta 34 enfermeiros com licenciatura, 21 com a formação de especialidade em enfermagem (27,6%), 18 enfermeiros com grau de mestrado (23,7%) e 3 com pós-graduação (3,9%). De forma a estudar a relação entre formação específica nas áreas de especialização em enfermagem, e as IIE, consideradas pela OE (Tabela 1), obteve-se que 20 enfermeiros têm formação na área da enfermagem médico-cirúrgica (57,1%), 10, na área da enfermagem de reabilitação, 4 enfermeiros em enfermagem comunitária (11,4%) e apenas um, com formação em saúde materna e obstetrícia (2,9%). No que concerne à variável tempo de experiência profissional, verifica-se que 35 enfermeiros apresentam 11 a 19 anos de exercício profissional (46,1%), 24 exercem funções há 20 ou mais anos (31,6%) e 17 desempenham até 10 anos (22,4%) de atividade profissional. A variável tempo de experiência profissional em SU/SMI, expõe que 31 (40,8%) respondentes, trabalham no SU/SMI há menos de 5 anos, 28 têm experiência no SU/SMI superior a 10 anos (36,8%) e 17 (22,4%) entre 6 a 10 anos de exercício profissional em SU/SMI.

Tabela 1 - valores das variáveis sociodemográficas e profissionais, relativas à amostra.

Variáveis sociodemográficas e profissionais	n	%
Sexo (n=76)		
Feminino	63	82,9
Masculino	13	17,1
Faixa etária (n=76)		
Até 35 anos	16	21,1
36 a 45 anos	39	51,3
Mais de 50 anos	21	27,6

Habilitações literárias (n=76)		
Licenciatura	34	44,7
Pós-Graduação	3	3,9
Especialidade	21	27,6
Mestrado	18	23,7
Área de Especialidade em Enfermagem em (n=35)		
Médico-cirúrgica	20	57,1
Reabilitação	10	28,4
Saúde Materna e Obstetrícia	1	2,9
Saúde Comunitária	4	11,4
Tempo de experiência profissional (n=76)		
Até 10 anos	17	22,4
11 a 19 anos	35	46,1
20 ou mais anos	24	31,6
Tempo de experiência profissional em SU/SMI (n=76)		
Até 5 anos	31	40,8
6 a 10 anos	17	22,4
Mais de 10 anos	28	36,8

As IIE de tratamento de VMNI, (Tabela 2) executados com maior frequência, ou seja, “Sempre”, aqui assumidos como IPSQ aos cuidados, foram: o doente é monitorizado de acordo com as recomendações (50%), é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração (35,5%). Numa segunda perspetiva executória, mas com o nível de consistência de aplicação, para serem consideradas IPSQ, estão as IIE identificadas como executadas “muitas vezes” pela amostra: estão sempre presentes critérios com evidência científica para iniciar a VMNI (51,3%). O recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI é considerado por 42,1% dos respondentes, como a IIE praticada “às vezes”. O estudo desta frequência, parte do pressuposto que os enfermeiros praticam tanto mais uma ação, quanto mais acreditam que ela constitui para o doente um ganho em saúde. Esta relação permite-nos tornar expectável que as ações mais frequentemente executadas, são as percebidas como as mais promotoras de saúde, e portanto, aquelas que podem assumir o estatuto de IPSQ aos cuidados em saúde. As intervenções interdependentes: o doente é monitorizado de acordo com as recomendações e o doente é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração são praticadas sempre pela amostra, assumindo o estatuto de IPSQ aos cuidados em saúde.

Tabela 2 - Valores percentuais das variáveis relacionadas com “Intervenções Interdependentes de Enfermagem ao doente crítico com VMNI”, conforme respostas da amostra.

Intervenções Interdependentes	N	R	AV	MV	S
doente é monitorizado de (...)			14,5%	35,5%	50,0%
é informado sobre o tratamento (...) colaboração		2,6%	28,9%	32,9%	35,5%
critérios com evidência científica para iniciar VMNI	1,3%	2,6%	31,6%	51,3%	13,2%
recurso a sedação (...) é considerado	10,5%	15,8%	42,1%	26,3%	5,3%

N – Nunca; R – Raramente; AV – Às vezes; MV – Muitas Vezes; S – Sempre

Por forma a concretizar o cumprimento do terceiro objetivo, isto é, estudar a associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Intervenções Interdependentes de Enfermagem estudadas foram aplicados os testes do qui-quadrado ou de Fisher. Foi encontrada uma relação estatística significativa entre a variável “tempo de serviço” e o “recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI” $vp= 0,099$ (Tabela 3) podendo assumir o estatuto de indicadores de qualidade aos cuidados em saúde.

Tabela 3 - Valores de significância estatística entre as “Intervenções Interdependentes de Enfermagem” e as variáveis profissionais da amostra.

Intervenções interdependentes	Formação específica	Conhecer guidelines	Tempo no SU/ SMI
presentes critérios c/ evidência científica	0,138	0,373	0,814
informado sobre o tratamento e (...) colaboração doente é monitorizado (...)	0,337	0,237	0,903
recurso a sedação para adaptação(...)	0,999	0,452	0,542
	0,511	0,627	0,099*

Legenda: * - significativo a 10%.

O quarto objetivo, identificar as dificuldades/constrangimentos da VMNI sentidas pelos enfermeiros, (Tabela 4), expõe que os constrangimentos/dificuldades sentidos sempre pelos enfermeiros foram: a presença de secreções excessivas influencia a adaptação (53,9%), a ocorrência de PCR é contra indicação (50%) e o nível de consciência do doente influencia o sucesso (46,1%). Os constrangimentos sentidos muitas vezes foram o pós-operatório de cirurgia do trato digestivo superior condiciona a VMNI (53,9%), a relação entre o grau de comprometimento da doença respiratória e o sucesso da mesma (51,3%) a assincronia doente/ventilador determina o insucesso (50%), o desmame entre 48-72h é preditor de sucesso do tratamento (48,7%), a não melhoria das trocas gasosas até 4h após o início da VMNI é preditor de insucesso (47,4%), a adaptação à interface/fugas mínimas é indicativo de sucesso (42,1%) e são valorizadas as expressões de desconforto/fadiga ou claustrofobia do doente (40,8%).

Tabela 4 - Valores das variáveis “Dificuldades/ Constrangimentos na VMNI”, sentidas pela amostra

	N	R	AV	MV	S
presença de secreções (...)		2,6%	6,6%	36,8%	53,9%
ocorrência de PCR (...)	9,2%	11,8%	9,2%	19,7%	50,0%
nível de consciência do doente influencia o sucesso?		1,3%	7,9%	44,7%	46,1%
pós-operatório de cirurgia (...)	1,3%	6,6%	11,8%	53,9%	26,3%
relação entre o grau de (...)		2,6%	11,8%	51,3%	34,2%
assincronia doente/ventilador(...)		2,6%	9,2%	50,0%	38,2%
desmame entre 48-72h é preditor de sucesso (...)		1,3%	31,6%	48,7%	18,4%
não melhoria das trocas gasosas (...) é preditor de (...)		9,2%	36,8%	47,4%	6,6%
adaptação à interface/fugas mínimas (...)	2,6%	10,5%	15,8%	42,1%	28,9%

N – Nunca; R – Raramente; AV – Às vezes; MV - Muitas Vezes; S – Sempre

Em resposta ao quinto objetivo, analisou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as dificuldades/constrangimentos da VMNI através do teste qui-quadrado ou de Fisher. Dessa análise foi encontrada relação estatística significativa entre a variável “tempo de serviço” e “formação específica” com valor de prova de 0,068 e 0,019 respectivamente, com o constrangimento “o nível de consciência do doente influencia o sucesso da terapia com VMNI.”

Tabela 5 - Valores da relação estatística entre as variáveis Dificuldades/ Constrangimentos (D/C) e as variáveis profissionais da amostra

D/C na VMNI	FE	Guidelines	EP
instabilidade hemodinâmica do doente dita o insucesso	0,824	0,309	0,741
ocorrência de PCR é contra indicação	0,454	0,272	0,414
presença de secreções excessivas influencia a adaptação	0,700	0,999	0,326
nível de consciência do doente influencia o sucesso	0,019*	0,496	0,068**
idade do doente influencia o sucesso	0,123	0,842	0,326

relação entre o grau de comprometimento (...) e o sucesso (...)	0,999	0,560	0,434
pós-operatório de cirurgia do trato digestivo sup. condiciona a VMNI	0,999	0,885	0,533
adaptação à interface/fugas mínimas é indicativo de sucesso	0,875	0,377	0,445
são valorizadas as expressões de desconforto/fadiga ou claustrofobia	0,821	0,137	0,456
presença de trauma da face impossibilita a VMNI	0,823	0,732	0,837
a presença de úlceras de pressão/rash cutâneo interfere na VMNI	0,592	0,619	0,870
em situação de aerofagia ou risco de vômito é contraindicada	0,526	0,738	0,337
recusa do doente é considerada para o início/manutenção da VMNI	0,999	0,133	0,914
assincronia doente/ventilador determina o insucesso	0,438	0,397	0,126
não melhoria das trocas gasosas (...) é preditor de insucesso	0,352	0,387	0,955
desmame entre 48-72h é preditor de sucesso do tratamento	0,780	0,545	0,999

Legenda: * - significativo a 5%; ** - significativo a 10%.

A associação entre “o recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI é considerado” e o tempo de serviço, mostrou ser estatisticamente significativa a 10%, pois o valor de prova obtido no teste de Fisher foi de 0,099. Observa-se que são os enfermeiros (Tabela 6) com mais de 10 anos de tempo de serviço, que evidenciam maiores diferenças entre as frequências observadas e as esperadas. Ou seja, estes recorrem a outras estratégias de intervenção para acalmar o doente perante a VMNI. Há relação estatisticamente significativa entre “o nível de consciência do doente influencia o sucesso?” e o tempo de serviço, sendo a superior a 10%, com o valor de prova no teste de Fisher de 0,068. Os enfermeiros com até 5 anos de serviço ou mais de 10 anos (Tabela 6) evidenciam maiores diferenças entre as frequências observadas e as esperadas. A relação estatisticamente significativa entre “o nível de consciência do doente influencia o sucesso?” e a formação específica, com 5%, em valor de prova no teste de Fisher de 0,019, revela que são os enfermeiros com formação específica que mais concordam com a afirmação.

Tabela 6 - Frequências observadas e frequências esperadas no teste de Fisher das relações estatisticamente significativas a 5% e 10%

	Tempo de serviço (anos)		
	Até 5	6 a 10	Mais de 10
Recurso a sedação/adaptação do doente à VMNI	Observado/Esperado		
Nunca/Raramente	7/ 8,2	1/4,5	12 /7,4
Às vezes/	14/13,1	9/7,2	9 /11,8
Muitas vezes/Sempre	10/9,8	7/5,4	7/8,8
Nível de consciência do doente influencia o sucesso	Observado/Esperado		
Nunca/Raramente	0/0,4	0/0,2	1/0,4
Às vezes	1/2,4	0/1,3	5/2,2
Muitas vezes/Sempre	30/28,1	17 /15,4	22/25,4
Formação específica			
O nível de consciência do doente influencia o sucesso	Sim	Não	
	Nunca/Raramente	1/0,4 0/0,6	
	Às vezes	0/2,5 6/3,5	
	Muitas vezes/Sempre	31/29,1 38/39,9	

4. DISCUSSÃO

O reconhecimento de IIE como IPSQ aos cuidados de saúde, torna pertinente este estudo a partir da amostra de 76 enfermeiros, predominantemente do sexo feminino (82,9%) - corroborando os dados do universo da classe profissional (Anuário Estatístico da OE, 2021), com idade média de 40,96 anos, No global são maioritariamente casados,

Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, e com 11 a 19 anos de experiência profissional, e em SU/SMI até 5 anos.

A Identificação das IIE, que pelo caráter de maior consistência executória, se assumem como IPSQ aos cuidados de saúde, na prática clínica ao doente crítico com VMNI, cumprem as recomendações da BTS/ICS (in Davidson et al., 2016), corroboram as ações mencionadas pela ACI, (2014), e pelo estudo de Ergon et al., (2018). Os indicadores que aqui se colocam em estudo, são os de processo, porque a literatura atual (Migote, 2022) menciona que através da análise de indicadores de estrutura e processo, se pode aceder à monitorização aprofundada dos resultados de saúde, e ao processo cuidativo.

O estudo das relações estatísticas entre as IIE estudadas e as variáveis profissionais da amostra, foi encontrada relação estatística significativa entre o tempo de serviço na janela temporal de mais de 10 anos de experiência profissional e o recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI (0,099), sendo assim, foi verificado que são os enfermeiros mais experientes, os que recorrem a outras estratégias de intervenção – que não a sedação), para acalmar o doente perante a VMNI – através da significância de relação estatística, entre o tempo profissional e “o recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI é considerado”. Este resultado, por não ter sido encontrado quaisquer estudos anteriores, que possam servir de comparação, pode ser considerado inovador e clarificador deste contexto em estudo. As dificuldades e constrangimentos na prática clínica ao doente crítico com VMNI mais frequentemente identificados corroboram as conclusões dos estudos de Raurell-Torredà et al., (2017a, 2017b e 2019), e de Pinto e Sousa (2017), bem como, tudo o que é aconselhado por D’Orazio et al., (2018) e Santos et al., (2020), tal como foi em construto apresentado.

As relações estatísticas entre as dificuldades/constrangimentos identificados e as variáveis profissionais da amostra, vieram revelar relação estatística significativa entre o “tempo de serviço” e “formação específica” e alguns constrangimentos: a formação específica e a experiência, reforçam o significado e a atenção dos enfermeiros, para a vigilância e “o nível de consciência do doente (porque) influência o sucesso da terapia com VMNI”, que aqui nesta amostra é considerado um constrangimento. Ou seja, os enfermeiros com mais formação (teórica e empírica), percebem que, se o nível de consciência (Escala de Glasgow) se apresenta baixo, a patência da via aérea fica comprometida, pelo que reforçam a vigilância. Por este motivo, mas não só, é que são os enfermeiros mais experientes, e de maior formação os que assumem esta influência como constrangimento nesta terapia.

CONCLUSÃO

A amostra apresenta características similares ao tecido profissional de enfermagem. Foram identificadas três IIE, que pelo caráter de maior consistência executória, se assumem como IPSQ aos cuidados de saúde, na prática clínica ao doente crítico com VMNI. As IIE “o doente é monitorizado de acordo com as recomendações”, “o doente é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração” e a percepção de que “estão sempre presentes critérios com evidência científica para iniciar a VMNI”, revelaram-se com valor de Indicador sensível de qualidade aos cuidados. Foi encontrada relação estatística significativa entre uma das IIE estudadas e uma variável profissional da amostra. Foi identificado um grupo de dezasseis dificuldades ou constrangimentos na VMNI, e relações estatísticas entre uma dificuldade e duas variáveis profissionais da amostra: o tempo de serviço e a formação específica, diferencia alguns

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

tipos de ação e atenção dos enfermeiros nas práticas cuidativas. Partindo das dificuldades/constrangimentos identificados, os enfermeiros ainda apresentam alguma insegurança relativamente aos conhecimentos técnico-científicos da VMNI e acerca de quais os cuidados que lhes compete planear e implementar podendo comprometer a segurança do doente. Partindo deste conjunto de análise, propõe-se, tal como alguns resultados vieram já evidenciar, nomeadamente em Fernandes et al., (2019), e Raurell-Torredà et al. (2018) – que seja promovida a formação para a qualidade e segurança dos cuidados em doentes com VMNI.

Agradecimentos

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os enfermeiros participantes do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACI. (2014). Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult Patients with Acute Respiratory Failure. https://aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0007/239740/ACI14_Man_NIV_1-2.pdf
- Alves, J., Fank, A., Souza, L., & Lima, M. (2018). The role of the hospital orderly in oxygenotherapy: narrative literature review. *Journal of Health & Biological Sciences*, 6(2), 176-181.
- Coutinho Costa, J., Neiva Machado, J., Costa, J., Fortuna, J., Gama, J., & Rodrigues, C. (2018). Ventilação Não Invasiva: Experiência de um Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 25(1), 18–22. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/78/1/2018>
- D’Orazio, A, Dragonetti A, Campagnola G, Garza C, Bert F, Frigerio S. (2018). Patient Compliance to NonInvasive Ventilation in Sub-IntensiveCare Unit: An Observational Study. *Nursing Crit Care*. 2018,11(1): 1-4, <http://doi.org/10.5812/ccn.65300>
- Davidson, A. C., Banham, S., Elliott, M., Kennedy, D., Gelder, C., Glossop, A., Church, A. C., Creagh-Brown, B., Dodd, J. W., Felton, T., Foëx, B., Mansfield, L., McDonnell, L., Parker, R., Patterson, C. M., Sovani, M., Thomas, L., & BTS Standards of Care Committee Member, British Thoracic Society/Intensive Care Society Acute Hypercapnic Respiratory Failure Guideline Development Group, On behalf of the British Thoracic Society Standards of Care Committee (2016). BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. *Thorax*, 71 Suppl 2, ii1–ii35. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-208209>
- Ergan, B., Nasilowski, J., & Winck, J. (2018). “How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation”. *European Respiratory Review*, 27(148), 1-17. <http://doi.org/10.1183/16000617.010-2017>
- Fernandes, S., Veiga-Branco, M., & Rodrigues, P. (2019). The critically ill person submitted to non-invasive ventilation in an emergency department. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 13-22. <https://doi.org/10.12707/RIV19027>
- McCance, T., Telford, L., Wilson, J., Macleod, O., & Dowd, A. (2012). Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 1145–1154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03820.x>

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

- Migoto, M. & Oliveira, R. & Freire, M. (2022). Validação de indicadores para monitoramento da qualidade do pré-natal. *Escola Anna Nery*. 26. 10.1590/2177-9465-ean-2021-0262. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0262>
- Ministério da Saúde. (2015b). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: A Estratégia Nacional para a Qualidade e na Saúde 2015-2020. *Diário da República*. 2.ª série, n.º 102. <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Ordem dos Enfermeiros.(2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, *Tadinense-Artes Gráficas*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015. https://futura-rotenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Estatística de Enfermeiros. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2021_Anu%C3%A1rioEstatisticos%2000_Nacional.xlsx
- Pinto, C. J. C. & Sousa, P. M. L. (2017). Ventilação Não Invasiva: desenvolvimento de linhas orientadoras recorrendo à metodologia Delphi. In M. Dixe, P. Sousa & P. Gaspar (Coords.) (2017). Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica (pp. 105-123). Leiria, Portugal: *Instituto Politécnico de Leiria*. <http://hdl.handle.net/10400.8/2884>
- Raurell-Torredà, M., Romero-Collado, A., Rodríguez-Palma, M., Farrés-Tarafa, M., Martí, J. D., Hurtado-Pardos, B., Peñarrubia-San Florencio, L., Saez-Paredes, P., & Esquinas, A. M. (2017a). Prevention and treatment of skin lesions associated with non-invasive mechanical ventilation. Recommendations of experts. *Enfermeria intensiva*, 28(1), 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.12.001>
- Raurell-Torredà, M., Argilaga-Molero, E., Colomer-Plana, M., Ródenas-Francisco, A., Ruiz-Garcia, M. T., & Uya Muntaña, J. (2017b). Optimising non-invasive mechanical ventilation: Which unit should care for these patients? A cohort study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30(4), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.005>
- Raurell-Torredà, M., Argilaga-Molero, E., Colomer-Plana, M., Ródenas-Francisco, A., & Garcia-Olm, M. (2019). Nurses' and physicians' knowledge and skills in non-invasive ventilation: Equipment and contextual influences. *Enfermeria intensiva*, 30(1), 21–32 <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2018.04.004>
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S. & Navalesi, P. (2017). OfficialERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *EuropeanRespiratory Journal*, 50 (2), 1-20. <https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>
- Santos, A. (2018). Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias (13 ed.). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Recuperado de: [Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias \(ONDR\) 2018 - Respirar Melhor](https://relatorio.ondr.org.br/2018-Respirar-Melhor)
- Santos, R., Nepomuceno, F., & Andrade, F. (2020). Uso de Ventilação Não Invasiva Em Pacientes Críticos. http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v30n1/pt_19.pdf
- Seiffert, L. S., Wolf, L. D. G., Silvestre, A. L., Mendonça, T. R., & Cruz, E. D., Ferreira, M. M. F., & Amaral, A. F. S., (2020). Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

centrado no doente. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), e19098.

doi:10.12707/RIV19098

Vieira, J., Santos, M. R., Pires, R., & Pereira, F. (2021). Quality indicators of professional practice of nurses: the caregiver role. *Millenium*, 2(16), 41-48. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24785>

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O doente crítico com VMNI, encontra-se em risco eminente de vida e, perante esta situação, o enfermeiro assume um papel primordial, uma vez que assegura a vigilância permanente, prevê e deteta complicações precocemente, garantido o sucesso do tratamento. O Relatório de Estágio explicitado, apresenta e reflete acerca dos contextos e características desses contextos onde e como as competências formuladas para o enfermeiro especialista são desenvolvidas e adquiridas. A competência de investigação, aqui apresentada em formato de síntese, expressa-se através de um estudo que assumiu reconhecer as IIE, suas especificidades e relações. Partindo do primeiro objetivo formulado, a socio demografia amostral, revelou um grupo maioritariamente constituído por profissionais do sexo feminino (82,9%) e idades entre 36 a 45 anos, maioritariamente com formação na área da enfermagem médico-cirúrgica (57,1%) e em enfermagem de reabilitação. A variável tempo de experiência profissional em SU/SMI, apresenta que 40,8% dos respondentes, trabalham no SU/SMI há menos de 5 anos, 28 têm experiência no SU/SMI superior a 10 anos (36,8%) e 17 (22,4%) entre 6 a 10 anos de exercício profissional em SU/SMI.

Importa verificar que foram identificadas três Intervenções Interdependentes de Enfermagem (IIE), que pelo caráter de maior consistência executória, se assumem como ISQ aos cuidados de saúde, na prática clínica ao doente crítico com VMNI. As IIE “o doente é monitorizado de acordo com as recomendações”, “o doente é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração” e a perceção de que “estão sempre presentes critérios com evidência científica para iniciar a VMNI”, revelaram-se com valor de Indicador sensível de qualidade aos cuidados.

Foi encontrada relação estatística significativa entre uma das IIE estudadas (recurso à sedação para adaptação do doente a VMNI) e uma variável profissional da amostra, o tempo de serviço.

Foi identificado um grupo de dezasseis dificuldades encontradas ou constrangimentos, sentidos pela amostra, na prestação da prática clínica ao doente crítico com VMNI.

Foram encontradas relações estatísticas entre a dificuldade nível de consciência do doente influência o sucesso da terapia com VMNI, na prática clínica ao doente crítico e duas variáveis profissionais da amostra: o tempo de serviço e a formação específica, diferencia alguns tipos de ação e atenção dos enfermeiros nas práticas cuidativas. Ou seja, os enfermeiros com mais formação (teórica e empírica), percecionam que, se o nível de consciência (Escala de Glasgow) se apresenta baixo, a patência da via aérea fica comprometida, pelo que reforçam a vigilância. Partindo das dificulda-

des/constrangimentos identificados, pode ser verificável, que os enfermeiros ainda apresentam alguma insegurança relativamente aos conhecimentos técnico-científicos da VMNI e acerca de quais os cuidados que lhes compete planear e implementar.

Este reducionismo, pode limitar o seu envolvimento nos cuidados e comprometer a segurança do doente. Partindo deste conjunto de análise, propõe-se, tal como alguns resultados vieram já evidenciar, nomeadamente em Fernandes et al., (2019), e Raurell-Torredà et al. (2018), que seja promovida a formação para a qualidade e segurança dos cuidados em doentes com VMNI.

Estes resultados promovem e clarificam a pertinência das intervenções interdependentes de enfermagem com maior frequência executória e da identificação antecipada dos constrangimentos/dificuldades na VMNI, no sucesso da componente técnica operatória em enfermagem, de forma a promover a prestação dos cuidados, da qualidade cuidativa ao doente crítico, e consequencialmente, levando a ganhos em saúde.

Pelo exposto, sugerem-se novas investigações sobre a eficácia das intervenções no doente crítico com VMNI, com necessidade de elaboração de um protocolo de atuação no doente com VMNI, de forma a uniformizar cuidados.

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidacta: 21-30. Borges, Diana R.O. (2015).
- Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (1996). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo. Associação dos enfermeiros de Sala de Operações Portugueses consultado em www.aesop.pt
- Diário da República n.º 235/1994, Série I-B de 1994-10-11, páginas 6160 – 6160 <https://data.dre.pt/eli/decl/1994/10/11/p/dre/pt/html>
- Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, Despacho n.º 10319/2014 <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diário da República n.º 223/1994, Série I-A de 1994-09-26, páginas 5780 - 5781 <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/244/1994/09/26/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Controlo de Infeção, Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea. <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/i013655.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde, Norma n.º 002/2018, consultado em www.dgs.pt
- European Operating Room Nurses Association consultado em <https://eorna.eu/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código deontológico dos enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 123/2015, Série II. <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento n.º 555/2017: Regulamento de certificação individual de competências. Diário da República n.º 200/2017, série II. <https://dre.pt/home/->

Fernandes, A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

</dre/108315074/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República n.º 135, série II. <https://dre.pt/application/file/a/115698536>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018. 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 de República: n.º135, série II. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, série II. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Matos, M. (2004) *Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição Parental*. Revista Referência. N.º 1. Março. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=edition-Details&id_edicao=10

Matos, I. (2019). Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>

Nunes, F. (2007). *Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência*. Revista Nursing n.º219. <https://bibliotecas.ipb.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=71453>

Paiva, K.C., & Beppu, O.S. (2005). Posição prona Prone position. *Jornal Brasileiro De Pneumologia* , 31, 332-340.

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

ANEXOS

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados



Fernandes, A.F.F.; Garcia, S.R.P.; Veiga-Branco, M.A.R. (2022). Intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes ao doente crítico com ventilação mecânica não invasiva

QUESTIONÁRIO

O estudo "Intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados de enfermagem, ao doente crítico com ventilação mecânica não invasiva", tem como finalidade melhorar a prestação de cuidados à população em geral e aos doentes críticos em particular.

Orientação Científica - Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Ciência ID 6211-8999-F020(aubra@ipb.pt).

Sinta-se convidado a participar no estudo, respondendo ao questionário que se segue. O seu contributo, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade desta investigação.

Qualquer esclarecimento adicional, contate as investigadoras: andrea.f.sapo@sapo.pt e ou spgarcia0909@gmail.com.

Obrigada pela sua colaboração!

Consentimento Informado, esclarecido e livre

Garante-se o uso dos dados, apenas para esta investigação. Em qualquer momento pode recusar-se a participar neste estudo, sem qualquer justificação.

Declaro ter lido e compreendido as informações apresentadas.

Aceita participar na recolha de dados nos termos apresentados? Sim Não

PARTE I

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Assinale a resposta que for adequada ao seu caso (complete-a, se necessário), em relação às questões:

1. Idade ___ (anos)
2. Género M/F
3. Estado civil : Casado (a) / Solteiro (a) / União de facto / Viúvo (a) / Outra
4. Habilitações Literárias (escolha o grau de formação mais elevado) : Licenciatura / Pós-Graduação / Especialidade / Mestrado / Doutoramento / Outra
- 4.1. Especifique a(s) área(s) científica(s) das Habilitações Literárias _____
5. Tempo de Experiência Profissional na área de Enfermagem (anos completos)
6. Tempo de Experiência Profissional em SU/UCI (anos completos)

PARTE II

A PERTINÊNCIA DE FORMAÇÃO IDÓNEA EM VMNI

Esta secção apresenta uma série de questões, que serão respondidas através de uma escala (concordância, ronológica). Leia a afirmação e sinalize o grau que considera adequada sendo que:1-Insuficiente, 2-Pouco
uficiente, 3-Suficiente, 4-Bom, 5-Muito Bom

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1. O nível de formação que adquiri em Ventilação Mecânica Não Invasiva é
 - 1.1. A minha formação foi adquirida? Instituição onde trabalha / Em contexto de licenciatura / Em contexto de mestrado / Outra
 - 1.2. Se respondeu outra? _____
2. Conheço as guidelines acerca da VMNI emitidas por alguma destas entidades: European Respiratory Society/American Thoracic Society, Agency for Clinical Innovation (2016), relativas à prestação de cuidados ao doente crítico sob VMNI?
Não / Conheço de ter ouvido falar, mas nunca consultei, nem usei / Consultei, mas não usei / Conheço todos os procedimentos das guidelines através de reuniões do serviço / Conheço todos os procedimentos, mas nunca houve reuniões do serviço / Há reuniões semestrais do serviço para análise da necessidade de formação / Outra
 - 2.1. Assinalou "outra"? Gostaria de especificar?
 - 2.1.1. Considerando a resposta relativa às guidelines, diria que na sua prática clínica presta cuidados de acordo com as mesmas? (1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 - Muitas vezes; 5 - Sempre)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.1.2. Relativamente à resposta anterior, gostaria de clarificar algo? _____

Na questão seguinte assinale do acordo com o seu nível de concordância:1-Discordo totalmente, 2-Discordo, 3-Nem discordo nem concordo, 4-Concordo, 5-Concordo totalmente

- 2.2. Considera que as experiências vividas, são uma ferramenta estratégica que capacita o desenvolvimento profissional?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VMNI

O enfermeiro especialista em EMC-Pessoa em Situação Crítica é aquele que "cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica", sendo responsável por garantir a "administração de protocolos terapêuticos complexos" (OE, 2018).
O seguinte questionário apresenta ações de enfermagem ao doente crítico com ventilação mecânica não-invasiva, de caráter "intervenções autónomas e interdependentes". Cada uma das afirmações será também respondida através de uma escala (1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 - Muitas vezes; 5 - Sempre)

3. Em contexto de terapia com VMNI, ao executar os cuidados ao doente, considera que:

- 3.1. "estão sempre presentes critérios com evidência científica para iniciar a VMNI?"
- 3.2. "o doente o é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração?"
- 3.3. "o doente é monitorizado de acordo com as recomendações?"
- 3.4. "o doente é posicionado no leito com cabeceira > a 30°?"
- 3.5. "a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente?"
- 3.6. "são prestados os cuidados oculares?"
- 3.7. "são prestados os cuidados nasais?"
- 3.8. "são prestados os cuidados orais?"
- 3.9. "as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele?"
- 3.10. "as notas de enfermagem apresentam registo dos parâmetros hemodinâmicos?"
- 3.11. "as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência?"

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.12. "o recurso a sedação para adaptação do doente à VMNI é considerado?"	1	2	3	4	5
3.13. "o tipo de interfaces utilizados são responsáveis por parte das falhas associadas à VMNI?"	1	2	3	4	5
3.14. "a aferição do tamanho do interface é pertinente?"	1	2	3	4	5
3.15. "antes de iniciar VMNI, é colocado apósito hidrocolóide ou poliuretano na pirâmide nasal?"	1	2	3	4	5
3.16. "a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados?"	1	2	3	4	5
3.17. "a aplicação de lágrimas artificiais é secundária?"	1	2	3	4	5
3.18. "a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação ao interface?"	1	2	3	4	5
3.19. "no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar?"	1	2	3	4	5
3.20. "deve ser sempre colocada SNG para evitar distensão abdominal?"	1	2	3	4	5
3.21. "o posicionamento do doente depende da sua tolerância e preferência?"	1	2	3	4	5
3.22. "é contraindicado o levantar para o cadeirão?"	1	2	3	4	5
3.23. "a utilização de filtro bacteriano e humidificação é importante?"	1	2	3	4	5
4. Acabou de dar respostas perante algumas Intervenções Autônomas de Enfermagem em VMNI. Considera que seria pertinente a implementação de um Protocolo de Atuação de VMNI no seu serviço?	não	não sei	sim		

DIFICULDADES/CONSTRANGIMENTOS NA VMNI

Em continuidade, apresentam-se ações de enfermagem ao Doente Crítico em VMNI. Cada uma das questões será também respondida através de uma escala. Vá lendo as disponibilidades de cada escala e respondendo em conformidade.

5. Em contexto de terapia com VMNI, ao executar os cuidados ao doente, considera que:

5.1. "a instabilidade hemodinâmica do doente dita o insucesso?"	1	2	3	4	5
5.2. "a ocorrência de PCR é contra-indicação?"	1	2	3	4	5
5.3. "a presença de secreções excessivas influencia a adaptação?"	1	2	3	4	5
5.4. "o nível de consciência do doente influencia o sucesso?"	1	2	3	4	5
5.5. "a idade do doente influencia o sucesso?"	1	2	3	4	5
5.6. "há relação entre o grau de comprometimento da doença respiratória e o sucesso da mesma?"	1	2	3	4	5
5.7. "o pós-operatório de cirurgia do trato digestivo superior condiciona a VMNI?"	1	2	3	4	5
5.8. "a adaptação à interface/fugas mínimas é indicativo de sucesso?"	1	2	3	4	5
5.9. "são valorizadas as expressões de desconforto/fadiga ou claustrofobia do doente?"	1	2	3	4	5
5.10. "a presença de trauma da face impossibilita a VMNI?"	1	2	3	4	5
5.11. "a presença de úlceras de pressão/rash cutâneo interfere na VMNI?"	1	2	3	4	5
5.12. "em situação de aerofagia ou risco de vômito é contraindicada?"	1	2	3	4	5
5.13. "a recusa do doente é considerada para o início/manutenção da VMNI?"	1	2	3	4	5
5.14. "a assincronia doente/ventilador determina o insucesso?"	1	2	3	4	5

Garcia, S. 2022. Intervenções Autônomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva.

5.15. "a não melhoria das trocas gasosas até 4h após início da VMNI é preditor de

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

insucesso?"

5.16. "o desmame entre 48-72h é preditor de sucesso do tratamento?"

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Considera que há outras dificuldades/constrangimentos para o sucesso da VMNI relevantes?

não	sim
-----	-----

6.1. Se sim, quais? _____

7. Considera que há outras "intervenções autônomas e/ou interdependentes" de enfermagem em VMNI?

não	sim
-----	-----

7.1. Se respondeu sim, identifique outras "ações autônomas" de enfermagem no cuidar do doente crítico com VMNI que considera pertinentes.

7.2. Se respondeu sim, identifique outras "ações interdependentes" de enfermagem no cuidar do doente crítico com VMNI que considera pertinentes.

Agradecemos a sua colaboração.

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Anexo II – Parecer favorável da Orientadora Científica



PARECER

Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora, IPB, Orientadora Científica do Relatório Final de Estágio Profissional submetido ao tema: “Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva”, desenvolvido pela mestranda Andreia Filipa Fidalgo Fernandes, é de parecer que o trabalho se encontra em condição suficiente, para ser apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Bragança, 31 outubro 2022

Assinado por : **MARIA AUGUSTA ROMÃO DA
VEIGA BRANCO**
Num. de Identificação: 07536703
Data: 2022.10.31 02:22:33+00'00'



Maria Augusta Romão da Veiga Branco,
Professora Coordenadora, IPB

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AUTÓNOMAS E INTERDEPENDENTES – INDICADORES SENSÍVEIS DE QUALIDADE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 09 de fevereiro de 2022, a CE deliberou dar parecer favorável ao presente estudo pelo interesse científico para a ULS Nordeste e para a comunidade científica em geral.

Solicita-se o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final do estudo.

Reunião CA 16.02.2022

Shiradi

Presidente da Comissão de Ética

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração


Dr.ª Maria de Jesus Machado Lopes
Jurista
Serviço de Formação e Desenvolvimento
Encarregada de Dados da ULSNE

Despacho do P.C.A.:

Fernandes. A. F. 2022. Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade - Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva.

Anexo IV - Comprovativo da submissão do artigo

