



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva

Susana Raquel Pinto Garcia

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

Orientador científico – Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – IPB - Escola Superior de Saúde de Bragança

Bragança, dezembro de 2022

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

Garcia, S.R.P. (2022). Veiga-Branco M.A.R. (2022). Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório deveu-se ao apoio de várias pessoas, que direta ou indiretamente colaboraram, tornando mais leve o esforço pessoal.

À Professora Doutora Maria Augusta Branco, pela orientação, com rigor e seriedade, ao longo de todo o percurso. Pela transmissão e partilha de conhecimentos, compreensão e apoio ao longo deste ano.

Aos meus Pais, que me apoiaram e incentivaram no percurso profissional e de vida, e me ensinaram a lutar pelos meus objetivos.

Ao Hugo, ao Miguel e à Margarida, pelo apoio e tolerância, nos momentos menos presente, pelo incentivo, inspiração e alegria nesta concretização.

Aos meus colegas e amigos, enfermeiros, pela cooperação e ânimo.

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

RESUMO

As competências dos enfermeiros, representam um fator importante na segurança dos cuidados prestados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI). As Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE), no contexto da assistência ao doente crítico com VMNI, e como resposta assertiva a uma necessidade de cuidados, devem conferir a eficácia e eficiência que se busca quando se fala em segurança e gestão de saúde. Parte-se 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 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 Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados em saúde.

O objetivo, da presente investigação, é reconhecer as Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE), no cuidado ao doente crítico com VMNI, que podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados de saúde.

Na metodologia, foi desenvolvido um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de coorte transversal, a partir da aplicação do questionário “Intervenções Autónomas de Enfermagem ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva” (Garcia & Veiga-Branco, 2022), a uma amostra de 76 enfermeiros, em prestação de cuidados a doentes em situação crítica com VMNI.

As oito IAE com carácter de maior incidência executória, identificadas foram “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência do doente”; “as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”; “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”; “a aferição do tamanho da interface é pertinente”; “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30°”; “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”; “é indicado o levante para o cadeirão” e “a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados”, assumindo-se como ISQ aos cuidados de saúde.

Reafirma-se a pertinência das competências autónomas dos enfermeiros, na prestação e na

visibilidade da prestação de cuidados diferenciados, aos doentes em situação crítica com VMNI, e a necessidade de elaborar um protocolo de atuação na terapia com VMNI, de forma a uniformizar cuidados de qualidade.

Palavras-chaves: Enfermagem; Intervenções Autónomas; Indicadores Sensíveis; Doente crítico; Ventilação Não Invasiva.

ABSTRACT

Nurses' skills represent an important factor in the safety of care provided to critically ill patients with Non-Invasive Mechanical Ventilation (NIMV). Autonomous Nursing Interventions (ANI), in the context of care for critically ill patients with NIMV, and as an assertive response to a need for care, must provide the effectiveness and efficiency that is sought when talking about safety and health management. It is assumed that nurses practice an action the more they believe that it constitutes a health gain for the patient. This relationship makes it possible to expect that the actions most frequently performed are those perceived as the most health promoting and, therefore, those that can assume the status of Sensitive Indicators of Quality (SIQ) in health care.

The objective of the present investigation is to recognize the Autonomous Nursing Interventions (ANI), in the care of critically ill patients with NIMV, which can be considered Sensitive Indicators of Quality (SIQ) in health care.

In terms of methodology, a quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional cohort study was developed, based on the application of the questionnaire “Autonomous Nursing Interventions for critically ill patients with Non-Invasive Mechanical Ventilation” (Garcia & Veiga-Branco, 2022), to a sample of 76 nurses, providing care to patients in a critical situation with NIMV.

The eight ANI with the highest execution incidence, identified were “the nursing notes present a record of the patient's state of consciousness”; “nursing notes show a record of hemodynamic parameters”; “the use of an antibacterial filter and humidification is important”; “measuring the size of the interface is relevant”; “the patient is positioned in bed with a headboard >30°”; “the interface is selected to suit the patient”; “raising the chair is recommended” and “applying Vaseline to the lips and moistening the oral cavity should be part of the care plan”, assuming themselves as SIQ in health care.

It reaffirms the pertinence of the nurses' autonomous competencies, in the provision and visibility of the provision of differentiated care, to patients in critical situation with NIV, and the need to develop a protocol for working in NIV therapy, in order to standardize quality care.

Keywords: Nursing; Autonomous Interventions; Sensitive Indicators; Critically ill; Noninvasive Ventilation.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP	Associação Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
ACEPS	Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Bis	Índice Bispectral
BO	Bloco Operatório
CV	Catéter Vesical
CVC	Catéter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
DR	Diário da República
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
IACS	Infeções Associadas a Cuidados de Saúde
IAE	Intervenções Autónomas de Enfermagem
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISQ	Indicadores Sensíveis de Qualidade
N, n	População/amostra
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/ <i>World Health Organization</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
p	Nível de significância
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO ₂	Saturação Periférica de oxigénio
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCPA	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste
VMER	Viatura Médica de Emergência e Resuscitação
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva
VVAVC	Via Verde Acidente Vascular Cerebral
VVC	Via Verde Coronária
VVS	Via Verde Sépsis
VVT	Via Verde Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Relatório de estágio	17
1 - Contextualização	17
Bloco Operatório.....	19
Unidade de Internamento Urgência	21
Unidade de Internamento de Medicina Intensiva	23
2 - Reflexão sobre Desenvolvimento Competências	25
2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	26
2.2 – Domínio da Gestão da Qualidade.....	28
2.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados	29
2.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	31
3 - Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	32
3.1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	33
3.2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	35
3.3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respostas em tempo útil e adequadas.....	36
CONCLUSÃO	39
PARTE II – INVESTIGAÇÃO	41
Nota Prévia	41
Intervenções Autônomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva	43
Resumo	44
Introdução	46
1. Enquadramento Teórico	46
2. Métodos	49
2.1. Amostra.....	49
2.1.1. Critérios de inclusão.....	49

2.2. Instrumento de Recolha de Dados.....	50
2.3. Procedimentos.....	50
3. Resultados	50
4. Discussão	53
Conclusão	56
Conflito de Interesses.....	57
Agradecimentos e Financiamento	57
Referências bibliográficas	57
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados	70
Anexo II – Parecer favorável da Orientadora Científica	75
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE	77
Anexo IV – Comprovativo da submissão do artigo.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis socioprofissionais, relativas à amostra.....	51
Tabela 2 – Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis relacionadas com as “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com VMNI”, conforme respostas da amostra.....	52
Tabela 3 – Apresentação dos valores da relação estatística entre a variável dependente “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE)” e as variáveis independentes “Formação específica”, “Conhecimento das guidelines” e “Tempo de serviço SU/SMI”.....	52
Tabela 4 – Apresentação dos valores obtidos/esperados das variáveis “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE)” na relação com as variáveis profissionais “tempo de serviço” e “formação específica”.....	53

INTRODUÇÃO

É notória a crescente diferenciação das várias áreas da enfermagem, perante a complexidade dos conhecimentos, práticas e contextos. É premente dar uma resposta dinâmica às necessidades e expectativas em cuidados de saúde da população.

As necessidades de cuidados de saúde da população, cada vez mais diferenciados, e o alargamento dos campos de atuação no exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista, são acompanhados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), designadamente no Regulamento n.º 555/2017, do Diário da República (DR) n.º 200 — 17 de outubro de 2017, 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*”.

Para a atribuição do título de enfermeiro especialista

“é imperioso atentar no percurso profissional dos enfermeiros de modo a certificar as competências adquiridas no seio do respetivo desenvolvimento profissional. São a experiência profissional e os processos formativos dos Enfermeiros no seu todo, nos diferentes domínios de intervenção, que se visa certificar, de modo a permitir o posterior enquadramento numa situação de mais-valia profissional”(OE, DR, 2017, p.23633).

A pessoa em situação crítica 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 n.º429/2018, pág.19362).

Enquanto enfermeiro, cabe investir na formação com vista a dar respostas qualificadas e competentes que contribuam para afirmar a competência da profissão. O cuidar da pessoa em situação crítica requer perícia, 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).

No tratamento da insuficiência respiratória aguda, por diferentes patologias, o uso da Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) demonstra, cada vez mais, um resultado final positivo. A VMNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório, sem recorrer a métodos invasivos, evitando complicações associadas à entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

O reconhecimento dos benefícios terapêuticos da VMNI e a sua crescente utilização, exige mais conhecimentos e competências dos enfermeiros, como agentes fundamentais na implementação e gestão da mesma.

Esta área insere-se numa das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), 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.

Este documento tem por objetivos: descrever as experiências e aprendizagens realizadas, demonstrar as competências adquiridas, realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, das situações de melhoria observadas, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, e serve como instrumento de avaliação. Na primeira parte do Relatório Final, descrevem-se as experiências vivenciadas para a aquisição 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.

A metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, e estruturalmente encontra-se dividido em três capítulos. Na introdução, faz-se um enquadramento do relatório, das características dos diferentes locais estágio e dos objetivos; no segundo capítulo, procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros. Por fim, no terceiro capítulo descrevem-se as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, evidenciando o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas.

O curso de mestrado preconiza a realização de um período de estágio composto por três campos de ensino clínico: Bloco Operatório, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Medicina Intensiva, todos estes na Unidade Hospitalar de Bragança, num total de 540 horas.

A segunda parte deste relatório final, é referente à componente de investigação numa área de enfermagem especializada, que tem como objetivo reconhecer as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no cuidado ao doente crítico com VMNI, que podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados de saúde.

Os objetivos específicos proposto para o estudo foram:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, que prestam cuidados na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
2. Identificar as IAE, com caráter de maior consistência/ incidência executória, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
3. Identificar as IAE, que pela sua consistência de aplicação, se assumem como ISQ aos cuidados de saúde, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
4. Relacionar as IAE com as variáveis sociodemográficas e profissionais, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI.

No que diz respeito ao trabalho de investigação, 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 uniformização de procedimentos, na intervenção do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, com VMNI.

O reconhecimento de que 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. Estes contextos, representam o principal impulsor do desenvolvimento de capacidades, traduzindo-se em mudanças, experiências, aquisição de conhecimentos, evolução e afirmação enquanto enfermeiro especialista. Os estágios têm uma componente formativa essencial, permitem a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais. A sua realização permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro especialista desenvolve na prestação de cuidados e das competências necessárias para o seu desempenho.

Este relatório é uma síntese do caminho percorrido, das inúmeras oportunidades de observação e aprendizagem, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Foi realizada a análise e descrição reflexiva das aprendizagens, nas áreas de intervenção de enfermagem, nos cuidados especializados e as suas implicações éticas e sociais nas ações desenvolvidas, especificamente no âmbito da EMC, e que permitiram a concretização dos objetivos estabelecidos previamente.

De modo a descrever as atividades e competências adquiridas, o relatório foi elaborado segundo uma metodologia descritiva, estruturada em três partes: introdução, contextualização e reflexão sobre o desenvolvimento de competências e síntese conclusiva.

Este relatório final tem por objetivos: apresentar uma síntese reflexiva e crítica sobre as competências desenvolvidas nos estágios de bloco operatório, urgência e cuidados intensivos; e, identificar uma problemática de estudo empírico, cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em EMC.

Palavras-chave: enfermagem; enfermeiro especialista; competências; pessoa em situação crítica; segurança; qualidade.

PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Relatório de Estágio

1 – Contextualização

O enfermeiro especialista possui um conjunto de competências especializadas, resultantes do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais, detendo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza na sua prática, permitindo-lhe detetar necessidades de saúde e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento 429/2018, do Diário da República (2018b), determina que o enfermeiro especialista tem “(..) *um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem*”, sendo as suas competências “*um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais*” (pág.19359).

Por essa razão, os objetivos traçados para o ensino clínico, foram definidos de acordo com o enquadramento regulador para a certificação de competências, dividindo-se num conjunto de objetivos gerais e outros específicos, em função de cada campo de estágio. Os ensinamentos clínicos tiveram a duração de 168 horas cada, sendo que todos eles foram orientados por um enfermeiro especialista.

Objetivos gerais:

- Identificar, compreender e atuar adequadamente nas situações relacionadas com processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, aplicando os conhecimentos na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tendo em vista a sua rápida resolução;
- Promover processos terapêuticos junto do doente e/ou família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Refletir sobre as competências adquiridas e as vivências complexas do doente crítico e/ou em falência multiorgânica.

Objetivos específicos:

Bloco Operatório (BO)

A enfermagem perioperatória, segundo a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, pág. 21), “*é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos*

que o enfermeiro utiliza no cuidado ao cliente no BO, segundo um processo planejado que lhe permite atender às necessidades do cliente de forma segura e eficaz”.

Assim delinear-se os objetivos:

- Conhecer e compreender a dinâmica organizacional do bloco operatório;
- Cuidar do doente na sua globalidade, estabelecendo relação de empatia no período pré-operatório, gerindo as necessidades do doente/família e otimizando a resposta do enfermeiro e a articulação com a equipa multidisciplinar;
- Aplicar conhecimentos na gestão de situações de sedo- analgesia, colaborando na indução anestésica do doente;
- Maximizar a segurança do doente a vivenciar situação cirúrgica, atendendo a ações no âmbito da prevenção de infeção, controlo da dor, manutenção da temperatura corporal e a adequação de posicionamentos cirúrgicos;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de cuidados – Cirurgia Segura.

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)

No serviço de urgência (SU) os profissionais têm de ser capazes de se integrar num ambiente dinâmico, em constante mudança, com múltiplas tarefas, exigências e pressões.

A realização de um estágio em SU é crucial para o processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica. As especificidades deste serviço permitem obter uma grande visibilidade e pertinência aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Assim, os objetivos traçados foram:

- Conhecer e compreender a dinâmica do serviço de urgência;
- Prestar cuidados à pessoa em situação urgente/emergente e reconhecer a necessidade de atuação rápida e eficaz, em situações de instabilidade hemodinâmica;
- Conhecer a situação clínica global dos doentes, gerindo uma comunicação interpessoal adequada, que promove a relação terapêutica com o doente, família/cuidador, face à situação complexa do estado de saúde;
- Conhecer e participar na aplicação do plano de emergência, exceção e catástrofe, caso necessário;
- Assegurar cuidados de enfermagem, garantindo o cumprimento das normas de prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos preconizadas.

Serviço de Medicina Intensiva (SMI)

As Unidades de Cuidados Intensivos refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a utilização de técnicas de diagnóstico e tratamentos decisivos na recuperação dos doentes. Assumem-se como serviços especializados, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais habilitados, através de equipamento sofisticado e com base em protocolos complexos e específicos para cada intervenção (Borges, 2015).

Os objetivos propostos foram:

- Conhecer e assimilar a dinâmica do serviço e prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar;
- Elaborar planos de intervenção com vista a promover a adaptação do doente e família/cuidador ao processo de doença aguda, decorrente de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;
- Compreender a adequação das diferentes técnicas e equipamentos em contexto do doente crítico, utilizando-os como meio de fornecimento de dados importante do doente;
- Promover a manutenção da prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica;
- Participar em programas de melhoria continua da qualidade.

Bloco Operatório

O serviço de regime opcional foi o bloco operatório (BO), onde se iniciou o percurso formativo, do ensino clínico, integrado no plano de estudos do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). A escolha recaiu no facto de não ter havido oportunidade ao longo da formação académica e profissional, de conhecer a dinâmica e procedimentos cirúrgicos que se executam no BO. De forma a explorar os conhecimentos aprendidos nas aulas, acerca da farmacologia e via aérea, a intervenção foi direcionada para prestar cuidados na área da anesthesiologia.

O estágio decorreu no período de 16 de setembro de 2019 a 31 de outubro de 2019, sob a orientação da Enfermeira F.D., enfermeira especialista em EMC, e responsável pela coordenação do BO. O Professor C.M. foi coordenador do estágio, com uma duração de 168 horas.

A estrutura física do BO é de pequena dimensão, com uma área de receção do doente separada por duas portas de fecho automático e alterno, corredor, uma sala exígua para

cuidados pós-anestésicos com lugar para duas macas, duas salas cirúrgicas, uma dedicada à cirurgia programada e a outra à cirurgia urgente, dois armazéns anexos às salas cirúrgicas com material cirúrgico e um armazém de material de uso clínico, soros e com um computador utilizado pela enfermeira responsável pelo serviço. O serviço de esterilização fica contíguo ao corredor. Não existe diferenciação para o circuito de limpos e sujos.

O BO da unidade hospitalar de Bragança dá resposta à atividade cirúrgica major/convencional programada das especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e Urologia dedicadas a dias semanais fixos e também à cirurgia urgente que funciona 24 horas, todos os dias da semana. O BO garante às especialidades cirúrgicas condições necessárias, que permitem realização de atos cirúrgicos nos doentes e sempre que necessário, recebe equipas externas para realização de colheitas de órgãos.

O BO é um serviço complexo e dinâmico que, pelas suas características exige muito dos profissionais de enfermagem, quer pela condição do doente, pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quer pelas tecnologias avançadas utilizadas, sendo um ambiente desgastante e de grande stress.

A integração num serviço de tão grande exigência técnica e humana é morosa, devido aos procedimentos cirúrgicos complexos, diversidade de material e equipamentos, e stress emocional que o processo cirúrgico desencadeia no doente. Após a assimilação das rotinas cirúrgicas, foi permitido desempenhar algumas tarefas no decorrer das cirurgias, com segurança. Realizar a abertura das salas cirúrgicas, verificar a operacionalidade dos equipamentos (sistema de ventilação mecânica, sistema de ventilação manual, sistema de aspiração e monitores de sinais vitais, Índice Bispectral (BIS)), disponibilizar e verificar todo o material (entubação endotraqueal, colocação de cateter venoso central, linha arterial, sonda nasogástrica) e preparar fármacos anestésicos, segundo a prescrição do anestesista da sala operatória.

Tal como mencionado o estágio teve incidência na área de anestesiologia. O enfermeiro de anestesia é o enfermeiro que recebe o doente na chegada ao bloco operatório e confirma a check-list operatória. Apresenta-se e explica alguns dos procedimentos, de forma a diminuir a ansiedade do doente e esclarece algumas dúvidas. Posteriormente monitoriza-o, confirma acessos venosos e administra terapêutica, trabalhando em estreita comunicação com o médico anestesista na realização de técnicas e na prestação de cuidados anestésicos. É responsável também pela vigilância do estado hemodinâmico do doente no decorrer do ato

cirúrgico, antecipando situações de deterioração ou agravamento do estado clínico através de um diagnóstico precoce de complicações potenciais/ reais.

Houve oportunidade de assistir e prestar cuidados inerentes ao procedimento anestésico, através da implementação de intervenções técnicas de enfermagem, fundamentadas nos conhecimentos adquiridos na teoria, e partilhar conhecimentos e dúvidas com os enfermeiros e/ou médicos. Tal promoveu o desenvolvimento de pensamento crítico acerca dos procedimentos intrínsecos ao intra-operatório. Foi possibilitada a experiência de realizar uma entubação endotraqueal e a colocação de máscara laríngea. Também foi possível assistir a uma cirurgia de otorrinolaringologia, especialidade que só opera neste BO em situações de urgência, cirurgias de traumatologia em crianças, cuja anestesia é cuidadosamente calculada e monitorizada, o que permitiu uma experiência extremamente enriquecedora.

A enfermeira F.D. possui diferenciação para assegurar as três áreas de intervenção do enfermeiro especialista, em EMC no bloco operatório, o que possibilitou a oportunidade de colaborar também nos cuidados aos doentes na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA)/Recobro: espaço com capacidade de monitorização hemodinâmica e medicação para a melhor recuperação de dois doentes. Possui também equipamento de ressuscitação cardíaca. Nesta valência do BO com elevada exigência e pressão constante é primordial vigiar constantemente os sinais vitais do doente, após a intervenção cirúrgica, avaliar o seu estado de consciência e satisfazer as suas necessidades.

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)

O segundo estágio foi realizado no SUMC na ULSNE – unidade hospitalar de Bragança e decorreu de 7 de novembro a 19 de dezembro de 2019, sob a orientação da enfermeira S. F., enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), em coordenação com o enfermeiro N.S., enfermeiro responsável pelo SUMC, com uma duração de 168 horas.

Este SUMC é a unidade de referência para os doentes de todo o distrito de Bragança. Os doentes dão entrada no SUMC vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e/ou referenciados dos Serviços de Urgência Básica dos Centros de Saúde e outras Unidades Hospitalares da ULSNE.

A estrutura física do SUMC 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 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 ortotraumatologia, 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 ortotraumatologia. O SUMC tem acesso fácil e rápido a meios complementares de diagnóstico, nomeadamente Raio-X simples, Tomografia Axial Computorizada (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 SUMC tem uma equipa de 35 enfermeiros, assistentes operacionais de ação médica e assistentes técnicos que se distribuem em regime de roulement pelos turnos de Manhã e Noite. Os recursos médicos pertencem aos vários serviços hospitalares e especialidades da ULSNE. Existem, no entanto, alguns médicos de clínica geral que trabalham apenas na urgência.

Na admissão, após o registo do episódio de urgência o doente passa ao gabinete de Triagem de Manchester, que é um sistema de triagem tendo em conta um fluxograma que sinaliza a gravidade e prioridade dos doentes através de protocolos clínicos, atribuindo pulseiras com cores que correspondem a diferentes tempos de atendimento. No SUMC existem atualmente em funcionamento quatro vias verdes: Via Verde de Sépsis (VVS), Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde de Trauma (VVT) e Via Verde Coronária (VVC). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, do Diário da República (2014), as vias verdes são sistemas de resposta rápida no atendimento a doentes considerados críticos e consistem em algoritmos clínicos de avaliação rápida e de tratamento de patologias frequentes, em que o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico. Estas permitem reduzir a morbilidade/mortalidade e estimulam o processo formativo, colaborativo e integrativo do sistema de saúde, sendo fundamental que se iniciem no local do evento/apresentação dos sintomas, isto é, que os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantam a continuação e a integração dos cuidados. O doente identificado como doente crítico e direcionado para uma via verde passa a ser um doente de categoria emergente e o tempo de espera para o

atendimento médico não deverá ser superior a 10 minutos. Após avaliação médica, é decidido se as vias acionadas são mantidas ou desativadas. Mantendo-se ativadas, são direcionados pedidos de apoio às áreas de especialidade e discussão de tratamentos.

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. O SUMC tem uma VMER em gestão integrada com o INEM, cuja equipa presta cuidados ao doente emergente/crítico da urgência. O trabalho do enfermeiro é realizado por posto de trabalho onde cada profissional é responsável pelos doentes que se encontram presentes durante o seu turno no seu posto de trabalho.

Neste contexto, diariamente foi necessário prestar assistência a um grande número de doentes, com uma pluralidade de patologias, o que requer uma capacidade de observação e colheita sistematizada de dados, de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, detetando precocemente complicações. As componentes individual e prática contribuíram para a formação, enquanto enfermeira especialista em EMC, evidenciando capacidades de interação entre a teoria e a prática, de aplicação de conhecimentos numa prática complexa e assertiva conducente com a de um SUMC.

Ao longo do estágio, não surgiram situações que convergissem no sentido de ativar o plano de catástrofe/emergência multivítimas. Não obstante, procurou-se informação sobre os protocolos de atuação em situação de catástrofe/ emergência multivítimas.

O enfermeiro especialista em EMC gere recursos humanos e materiais, inteira-se da situação clínica global dos doentes de forma a dar respostas adequadas, promove a informação à família diminuindo a sua ansiedade e realiza uma avaliação dos cuidados prestados. Importa, contudo, salientar que os cuidados prestados em contexto de urgência requerem uma equipa multidisciplinar coesa, que dê respostas rápidas, eficazes e eficientes, perante as situações imprevisíveis urgentes/emergentes.

Serviço de Medicina Intensiva

O estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ocorreu entre dia 3 de janeiro e 19 de março de 2020, sob a orientação da enfermeira E.F., enfermeira especialista em EMC, e coordenado pelo enfermeiro N.S..

O SMI localiza-se no piso 0, junto ao serviço de urgência. Pertence ao Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE, e dá resposta a uma área geográfica de 7000 KM². Fisicamente o SMI está dividido em cinco áreas diferentes, para além do vestiário partilhado com o SUMC. A área de prestação de cuidados é constituída por 10 unidades do doente (neste momento apenas 8 unidades estão ativas por falta de recursos humanos), em estrutura aberta, existindo também um quarto de isolamento. As unidades abertas permitem a contínua vigilância dos doentes, embora existindo um menor isolamento é importante na economia de espaço e maior rentabilidade dos cuidados. Cada uma está equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho para 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.

O armazém contém todo o material necessário a prestação de cuidados, ventiladores de reserva e transporte e monitores de hemodiálise.

A zona de stock de farmácia é o espaço localizado perto da entrada onde se localiza a *Pyxis medStation System*® e o armazém de soros.

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

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

A sala de espera e sala da família situam-se na entrada da unidade, é onde as visitas aguardam e onde, de forma cómoda e privada, as famílias recebem a informação relativa aos seus familiares.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem (24 enfermeiros, distribuídos em três turnos de 4 enfermeiros), equipa médica e assistentes operacionais. Têm o apoio de 2 fisioterapeutas, nutricionistas e 1 farmacêutico.

O SMI garante cuidados a doentes vítimas de trauma, sem traumatismo crânio encefálico (TCE), e doentes com patologia médica e cirúrgica. 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*” externo, monitorização não-invasiva e invasiva (*BIS* Índice bispectral, catéter PICCO - monitorização contínua do débito cardíaco, pressão intraabdominal), broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, fisioterapia e cinesiterapia, analgesia epidural lombar e torácica, ecografia transtorácica de rastreio e técnicas de substituição renal intermitentes e contínuas.

O enfermeiro da medicina intensiva capacitado a prestar cuidados diferenciados detém um conhecimento diferenciado e altamente especializado sobre técnicas e manuseamento dos inúmeros equipamentos.

O maior desafio do estágio no SMI foi perceber a complexidade inerente à prestação de cuidados diferenciados e vigilância constante dos doentes.

As patologias médicas mais incidentes, neste período, relacionaram-se com choques sépticos com disfunção multiorgânica, com ponto de partida respiratório e urinário. O período em que decorreu o estágio correspondeu ao inverno, logo o fluxo de doentes com infeções do foro respiratório é mais elevado. Este foi o ponto de partida para o interesse pela área do doente crítico com VMNI, e em especial, o estudo das Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) no cuidado a estes doentes. Também houve incidência de intoxicações medicamentosas voluntárias, alterações de comportamento com necessidade de sedação e infeções do sistema nervoso central. Nas patologias cirúrgicas, as mais incidentes foram pancreatites com critérios de gravidade e colecistites com peritonite.

No decurso do ensino clínico, foi crescente a capacidade de perceção dos dados e informações, que toda a monitorização clínica disponível, neste serviço tão diferenciado, transmitia. Permitiu reforçar a prática previamente existente relativa às técnicas de substituição da função renal e das terapias de ventilação assistida (invasiva e não invasiva) ao doente em situação crítica. Foi possível colaborar na admissão de um doente com diagnóstico de tamponamento cardíaco, colocação dos diversos dispositivos necessários à estabilização do doente, e de seguida, a preparação do mesmo para ser transferido para uma unidade com a valência de cirurgia cardiotorácica. Houve ainda oportunidade de assistir a provas de ausência de actividade cerebral e manutenção de estabilidade hemodinâmica do doente, possibilitando a posterior recolha de órgãos vitais, para transplantação.

2 – Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

O avanço no conhecimento, requer que, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), desenvolva uma prática baseada nas evidências recentes e orientada para

os Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados de enfermagem. Bem como, se assuma como líder em projetos de formação, assessoria e investigação de forma a potenciar e atualizar os saberes no desenvolvimento de competências da sua área de especialização (OE, 2018b). Assim, todo o enfermeiro especialista, na diversidade de especialidades que contempla a profissão de enfermagem, partilha quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: - domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; - domínio da melhoria contínua de cuidados; - domínio da gestão dos cuidados e - domínio das aprendizagens profissionais; que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde.

Toda a aprendizagem e processo de assimilação de conhecimentos e aptidões inerentes ao processo de cuidados de enfermagem foi direcionada para a aquisição de competências especializadas em EMC, que integram as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Desta forma, importa analisar as competências comuns, e específicas, do enfermeiro especialista em EMC, desenvolvidas ao longo dos três campos de estágio. A descrição das competências comuns foi desenvolvida à priori, por serem competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, sendo por isso inerentes a uma prática especializada e necessárias ao desenvolvimento de competências específicas.

2.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente. O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes (Diário da República, 2019).

O processo de tomada de decisão é intrínseca à ação diária do enfermeiro, na sua prática de cuidados de enfermagem, com dilemas éticos e a tomada de decisões complexas que requerem uma análise criteriosa, perante problemas de complexa resolução. O enfermeiro é o profissional que tem a responsabilidade incondicional no respeito, defesa e promoção dos direitos da pessoa que cuida. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta na tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos,

respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura no que diz respeito a dignidade humana (Matos, 2019).

No ensino clínico do BO, a admissão do doente é condicionada pela estrutura física do serviço, uma vez que é realizada na entrada do BO, o que pode comprometer a privacidade deste. Nesta unidade é realizado o acolhimento de um doente de cada vez, atendendo a transmissão de informação e zelando para que não estejam presentes assistentes operacionais ou outros técnicos. Ao realizar o acolhimento do doente, verifica-se vários itens, de acordo com a *check-list* operatória, entre eles a existência de consentimento informado. No caso de se verificar que o consentimento informado não está assinado, o doente não entra na sala operatória, o que vai de encontro à norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS), atualizada a 04/11/2015a, onde diz que

“consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor (...)”(pág.4).

Num caso em particular, verificou-se que o doente não assinou o consentimento informado para a cirurgia, assinando apenas o consentimento para a anestesia. Uma vez que não se encontravam reunidas as condições para a admissão do doente no BO este deveria ser transferido para o serviço de origem até que o consentimento estivesse assinado. Contudo, contactou-se o cirurgião, de forma a informar sobre o sucedido, e este pediu que o doente permanecesse no bloco até a sua chegada. Desta forma, evitou-se o desconforto do doente, prevalecendo o cuidado pela pessoa.

Na sala operatória houve um grande cuidado e preocupação em preservar a intimidade e integridade do doente. Neste contexto, apesar de ser necessário expor uma grande área corporal para que a intervenção cirúrgica seja possível, houve o cuidado de salvaguardar a restante área corporal, cobrindo, de forma a evitar a exposição corporal e manter a normoterapia.

Em contexto de Urgência, é necessário atuar com respeito pela intimidade do doente, salvaguardando a sua intimidade. Tal, não constituiu uma tarefa fácil devido à elevada afluência de doentes, e também às condições estruturais do serviço que são condicionantes importantes, neste campo de ação. Aqui houve a preocupação de criar barreiras de proteção para realizar os cuidados, de forma a preservar a intimidade das pessoas alvo de cuidados. As áreas de tratamento são espaços abertos, o diálogo entre o doente e o enfermeiro pode ser facilmente percebido por outros. Estas características fazem do Serviço de Urgência (SU)

um local extremamente difícil para garantir o direito à privacidade do doente, que deve ser tratado com respeito e dignidade. A comunicação com tom de voz mais baixo aquando do tratamento aos doentes, o uso de cortinas, quando existentes, foram estratégias utilizadas, de forma a assegurar o respeito pelo direito do doente à privacidade, confidencialidade e segurança da informação.

No Serviço de Medicina Intensiva (SMI) a afluência de doentes é controlada, e as visitas de familiares estão condicionadas a horas previamente estabelecidas. O fato de ter informação sobre a entrada de familiares na unidade, permite acolher e preparar o familiar para o estado do doente, que se encontra num ambiente muito mecanizado e como tal, aparentemente, pouco humanizado. Sendo um ambiente mais controlado, a unidade de cuidados intensivos, permite salvaguardar a intimidade e privacidade dos doentes.

Assegurar a privacidade do doente é um dever do enfermeiro e um direito do doente, preconizado pela carta dos direitos dos utentes.

Ao longo do estágio, a tomada de decisão/ atuação foi consonante às preferências dos doentes. Tal nem sempre é fácil, pelo que se tentou cumprir os pressupostos do código deontológico do enfermeiro, consultando-o sempre que as dúvidas surgiam. O contato permanente com a tutoria, a apresentação e discussão de dúvidas, opiniões e questões com a equipa multidisciplinar foram uma mais-valia para uma prática fundamentada e regida por princípios éticos que permitissem tomadas de decisão acertadas.

2.2 - Domínio da Gestão da Qualidade

Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é um direito de todos os cidadãos. E prestar cuidados de qualidade representa, nos dias de hoje, um grande desafio. O enfermeiro, enquanto provedor de cuidados, deve investir na sua educação e formação, estando sempre ciente que práticas de qualidade requerem constante reflexão, atualização empírica e humanização (Magalhães, 2017).

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as diferentes áreas profissionais de saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico, característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da OE, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade. Estes permitirão refletir a melhoria que se pretende atingir

dos cuidados de enfermagem a fornecer às pessoas alvo dos cuidados e proporcionam um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

A Direção-Geral da Saúde (2016a), no Plano Nacional de Saúde, define qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga, total adesão e satisfação do cidadão.

Neste sentido, o enfermeiro deve agir de acordo com as normas em vigor, possuir conhecimentos e habilidades necessárias ao seu desempenho profissional, atendendo à particularidade de cada pessoa alvo de cuidados.

No BO é seguido o programa da Cirurgia Segura. A intervenção na área da anestesia passou pela verificação da *check-list* pré-operatória, consentimento informado, avaliação da glicémia capilar e temperatura auricular, antes e durante o procedimento cirúrgico, bem como administração da antibioterapia profilática, se assim fosse indicado.

Em contexto de SUMC estão estabelecidas algumas rotinas diárias, que garantem a operacionalidade e funcionalidade de material e equipamentos, de forma a ter tudo pronto para situações urgentes/ emergentes. As várias áreas do SUMC e equipamentos estão, à priori, designados a alguns elementos da equipa, cada qual responsável pela verificação de stock, operacionalidade e validade de material/equipamento e respetivo registo ou pedido de manutenção.

No SMI existem vários protocolos terapêuticos. Ao gerir e administrar os protocolos do serviço, o enfermeiro contribui de forma significativa para a qualidade de cuidados, assegurando um serviço de excelência. Aqui estratégias implementadas através da existência de protocolos, por exemplo, da monitorização da glicemia e administração de insulina de ação rápida, da administração antibiótica, da preparação da terapêutica em perfusão, consultando-os e colocando-os em prática sempre que necessário, minimizam a possibilidade de ocorrer o erro.

Em todo o ensino clínico, cumpriram-se as medidas implementadas nos serviços, como o projeto de observação da higienização das mãos, pelo elo de ligação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA). As auditorias e o feedback revelaram-se estratégias benéficas e eficazes, para o crescimento profissional dos auditados e auditores, uma vez que permite identificar as áreas carecidas de melhoria e o desenvolvimento de estratégias que colmatassem as lacunas identificadas.

2.3 - Domínio da Gestão de Cuidados

O domínio da gestão de cuidados assenta em duas competências, assim, o enfermeiro especialista, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019).

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista, tem um papel preponderante e ativo quando gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde e seus colaboradores, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e quando adequa os recursos às necessidades de cuidados adotando um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados (Magalhães, 2017).

Uma vez que a gestão dos cuidados é transversal aos contextos de estágio, o enfermeiro deve atender às necessidades do doente de forma eficaz e eficiente, priorizando as mesmas de forma a otimizar os cuidados prestados.

No SU foi determinante proceder de acordo com o processo de enfermagem, identificando prioridades, pois num serviço onde a afluência de doentes é grande, é crucial agir de forma eficaz no atendimento ao doente urgente/emergente.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, do Diário da República (2019, pág. 4747), o enfermeiro deve gerir *“o ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”*.

No BO, a acompanhar o desempenho das funções de enfermeira de anestesia, desenvolveram-se competências na gestão de cuidados ao nível da organização dos cuidados, através do uso dos recursos existentes de forma adequada, gerindo-os no sentido de diminuir os custos sem diminuir os ganhos em saúde. No que concerne à medicação, cumpriram-se os protocolos instituídos, como o uso de etiquetas coloridas na identificação de terapêutica. Esta estratégia revelou-se importante no que concerne à segurança do medicamento. Também o registo de estupefacientes foi sempre realizado em folha própria, de forma a garantir o seu uso adequado e seguro.

Ao longo dos estágios, o enfoque numa correta prestação de cuidados foi transversal e prioritário, desde o SU, ao BO e SMI, com especial enfoque na prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Esta área específica do cuidar exige uma constante atualização de conhecimentos e um aperfeiçoamento a nível da técnica. A capacitação profissional através de uma formação diferenciada e específica potencializa uma prática clínica segura e de qualidade.

Importa salientar a importância de atender às dotações seguras, recomendadas para o serviço onde este doente se encontra, pois a estes doentes implicam cuidados altamente especializados, o que exige um número de enfermeiros em quantidade e competências adequadas.

Em contexto de BO e de SMI verificou-se o cumprimento das dotações seguras preconizadas.

No SMI usa-se como referência o instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). O TISS tem-se destacado como um sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. No entanto, o critério mais utilizado é o rácio de um enfermeiro para dois doentes. No SUMC a gestão da equipa é realizada por postos de trabalho, e o número de enfermeiros é sempre igual, não sendo proporcional ao número de doentes que recorrem ao serviço. Pode dizer-se que em contextos de BO e SMI, a gestão dos cuidados foi mais fácil pois, a par de toda a complexidade que estes serviços apresentam, o rácio enfermeiro/doente é mais adequado, do que a realidade vivida em contexto de SUMC.

2.4 - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao longo dos anos ocorreram avanços científicos e tecnológicos importantes, que exigiram aos profissionais de enfermagem adequação da sua prática.

No domínio das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências está intimamente relacionada com o investimento pessoal que se faz para acompanhar a evolução científica e tecnológica, atualizando conhecimentos e alcançando crescimento profissional com autoconhecimento e maturação pessoal.

O enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica quando *“alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”* (Diário da República, 2019, pág. 4749).

O enfermeiro especialista tem de ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todos os seus conhecimentos, saberes e experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com nível de qualidade (Gomes, 2010).

O autoconhecimento representa um dos pontos fundamentais para a atuação ética do ser humano. Está presente em muitas situações e aspetos da vida de cada um, tornando-o único e singular. O autoconhecimento permitiu-me uma prática com base em valores e

competências como a integridade, a responsabilidade, a dedicação e confiança, tendo um impacto direto no trabalho exercido e nas pessoas envolvidas. O trabalho com equipas multidisciplinares, o contato com diferentes contextos e a observação dos cuidados prestados aos doentes, foram promotores do autoconhecimento o que se traduziu em consequências positivas sobre as ações realizadas.

O ensino clínico exige uma aquisição de competências a vários níveis, entre eles, os níveis emocional, comunicacional e relacional. Gerir as situações de urgência/ emergência, o elevado nível de stress profissional, o cansaço, frustração, sentimentos de impotência e desânimo. Este tipo de situações permitiu treinar competências na abordagem ao doente crítico, e adquirir conhecimentos diferenciados nesta área. A atualização da ação nos diversos contextos de atuação, dos recursos existentes, técnicas e atividades praticadas, constituiu uma estratégia eficaz para a construção de conhecimento e competências promotoras de boas práticas.

3 - Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

No contexto atual, perante a necessidade de cuidados de enfermagem especializados, em áreas emergentes, e individualizadas aos destinatários dos cuidados, num determinado contexto de intervenção (Diário da República, 2018b), assume interesse o curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), da Escola Superior de Saúde de Bragança, na área da pessoa em situação crítica. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, do Diário da República (2018b)

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (pág. 8656).

Os cuidados de enfermagem à pessoa e família/cuidador, em situação crítica, exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, monitorização contínua da situação, prevenção e deteção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa crítica incluem:

- cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;
- maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respostas em tempo útil e adequadas.

Segue-se a análise crítica das experiências do ensino clínico, no contexto das competências específicas de EMC.

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

O *focus* do cuidar do enfermeiro deve ser enquadrado numa consciência multidisciplinar, com entendimento sobre os mecanismos de funcionamento da pessoa num todo. O enfermeiro assume um papel primordial, pois atento ao doente desenvolve um processo de observação sobre o seu estado, que pode estar em constante mudança e faz uma monitorização contínua ao tratamento instituído, identificando prontamente possíveis problemas, iniciando terapêuticas pertinentes e intervindo na prevenção ou correção de situações de risco iminente (Matos, 2019).

O ensino clínico preconizado para o desenvolvimento de competências na área da especialização em EMC na área da pessoa crítica combina ambientes com características específicas, propícias à prática especializada de cuidados de enfermagem ao doente crítico e família/cuidador.

No BO, aquando do acolhimento, estabeleceu-se com os doentes uma relação de empatia, sempre com atenção acerca das suas necessidades e preocupações. Prestou-se assim a informação sobre todos os procedimentos a realizar neste período. Desenvolveram-se atividades no âmbito da segurança, prevenção de infeção, controlo da dor, manutenção da temperatura corporal e a adequação de posicionamentos cirúrgicos. A segurança do doente foi assegurada através da otimização dos equipamentos (sistema de ventilação mecânica, sistema de ventilação manual, sistema de aspiração e monitores de sinais vitais, BIS).

Foram desenvolvidas atividades nas outras áreas de intervenção do enfermeiro especialista, nomeadamente em colaboração com a enfermeira circulante, uma vez que esta é a gestora da sala operatória, e também pela observação da ação da enfermeira instrumentista. A

maioria das cirurgias foram programadas, no entanto houve oportunidade de assistir a cirurgias com caráter urgente, da área de ortopedia, obstetrícia e otorrinolaringologia. As cirurgias de urgência implicam a capacidade de rápida resposta por parte de toda a equipa cirúrgica. Estas cirurgias não sendo planeadas, de caráter imprevisível, representam um desafio para o enfermeiro ao longo de todo o procedimento perioperatório.

A exigência de enfermeiros com especialização em EMC, à pessoa em situação crítica, num SU é preconizada pela OE, que refere que estes profissionais são reconhecidos como recursos fundamentais face às necessidades de cuidados seguros e com qualidade às pessoas em situação crítica (OE, 2015b).

Assim, o percurso no SU foi realizado no sentido de aprimorar competências enquanto enfermeira especialista em EMC.

A intervenção teve por base uma atitude humanista, com respeito pela pessoa como um todo, seguindo o postulado de Meleis (2010) que valoriza a pessoa em cada fase do desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade, o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. O doente necessita de respostas que facilitem o cuidado individualizado a cada situação.

As experiências vivenciadas a par do doente com dor precordial, cuidados a vítimas de a atropelamento, AVC, EAM, Sépsis, patologias respiratórias, entre outras, acionando as vias verdes pertinentes para cada caso. Através desta assistência tão diferenciada a situações urgentes/emergentes surgiu a oportunidade de integrar a equipa da Sala de Emergência. Nesta área foi possível desenvolver competências práticas, que aliadas à componente teórica, possibilitou prestar cuidados à pessoa em situação emergente, promovendo a antecipação da instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica nas diferentes vias verdes acionadas.

O cuidar, no SMI é um cuidar urgente e direcionado para a cura, através da estabilização das funções orgânicas alteradas. As unidades de cuidados intensivos (UCIP) refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a utilização de técnicas de diagnóstico e tratamentos decisivos na recuperação dos doentes. São serviços especializados, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais habilitados, através de equipamento sofisticado e com base em protocolos complexos e específicos para cada intervenção (Borges, 2015).

O ensino clínico permitiu alargar o campo de ação, indo além de um saber teórico, atendendo sempre à estabilização do doente, através de cuidados de prevenção e controlo de riscos. O

trabalho em contexto de UCIP não envolve apenas o cuidado à pessoa em situação crítica, o enfermeiro nesta unidade atua muito ao nível da prevenção, diminuindo e eliminando eventos patológicos futuros. Os protocolos são cruciais, sendo fundamental geri-los com competência. A administração terapêutica é uma das grandes responsabilidades do enfermeiro, pelo que a atualização contínua acerca dos conhecimentos farmacológicos, contribui para a segurança terapêutica do doente.

A monitorização hemodinâmica contínua e a interpretação dos dados, fornecidos também pelo ventilador, são determinantes para a prática especializada de cuidados de enfermagem e antecipação de instabilidade do doente crítico.

A pessoa em situação crítica necessita de cuidados especializados, como tal, tem de ser cuidada num todo, não só com todos os métodos e procedimentos invasivos, essenciais a sua recuperação, como também, ao envolvimento familiar. Esta é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de *“assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”* (OE, DR, 2018a, pág.19363). Através da informação partilhada com a família sobre o estado de saúde do doente, da atenção dada ao discurso proferido, dúvidas e angústias partilhadas, estabeleceu-se uma relação terapêutica, que potenciou positivamente o trabalho realizado em prol do bem-estar do doente em situação crítica.

Ficou claro, perante esta e outras situações, o valor da comunicação com a família, para a obtenção de ganhos em saúde e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, consolidando assim o desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação.

O cuidar é a essência e o foco central da profissão de enfermagem. Assim, é esperado que o enfermeiro assuma a prestação de cuidados apoiado numa intervenção ética, técnica, científica, prática e relacional, de forma a dar resposta ao grande desafio que é cuidar.

3.2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

As catástrofes e as emergências com multivítimas têm vindo a aumentar em Portugal e pelo mundo. Perante a possibilidade de ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes dimensões é fundamental que as instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) realizem, regularmente, uma análise da situação, planeando de forma sistemática e integrada, uma

resposta de emergência adequada a qualquer cenário de catástrofe referido, ou a outro, que, pela sua natureza ou dimensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, instalando-se assim uma crise (DGS, 2010).

Elaborar um plano de emergência é responsabilidade prioritária das unidades de saúde. Considerando a realidade atual dos sistemas de saúde, particularmente no que diz respeito ao seu funcionamento diário que acontece já no limite das suas capacidades, é crucial adotar um plano que avalie os meios de reação da Unidade de Saúde perante uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (DGS, 2010).

Neste âmbito, torna-se vital definir regras ou normas gerais de atuação. Cada unidade de saúde assegura então a elaboração do Plano de Emergência de forma a garantir a segurança e gestão de risco através de uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição em situação de crise.

Ao longo do ensino clínico, procedeu-se ao reconhecimento do plano de emergência institucional, de forma a ajustar a atuação, de forma assertiva, em caso de crise ou catástrofe. O estágio no SU foi o serviço em que os profissionais demonstraram mais experiência e, como tal, mais preocupação na efetivação e concretização do plano neste campo de ação.

O objetivo primordial deste plano é garantir por parte do hospital uma atuação eficaz em caso de ter de receber um elevado número de doentes, de forma a garantir uma baixa morbilidade/ mortalidade.

A declaração de ativação do plano de emergência externa é da competência do chefe de equipa do SU, que deve efetuar um registo de ativação. Uma vez declarada situação de catástrofe, cabe ao chefe de equipa, de imediato, dar conhecimento a todos os médicos do serviço em presença, ao enfermeiro responsável, ao administrativo e segurança que se encontra de serviço.

Os recursos humanos classificam-se em três níveis:

- Nível 1 – resposta com os meios habituais e permanentemente disponíveis na ULSNE;
- Nível 2 – resposta com os recursos do nível 1 mais os reforços que estão previstos para estas estas situações recorrendo aos profissionais que se encontram de prevenção;
- Nível 3 – Engloba todos os profissionais que trabalham na ULSNE, incluindo os profissionais dos centros de saúde e de outras unidades hospitalares da ULSNE.

Em situação de catástrofe a área do SUMC deve estar organizada de forma a que existam dois circuitos distintos, de sentido único. Um circuito primário de afluxo maciço de vítimas e um circuito secundário de evacuação.

A ULSNE apresenta incluído no plano de emergência, o plano de contingência de pandemia da gripe e um plano de contingência de ondas de calor. O plano de contingência de pandemia da gripe é, todos os anos, implementado com a criação de um internamento, para doentes com esta pandemia (ULSNE, 2013).

Os enfermeiros do SUMC e SMI devem ser capazes de atuar em situações de emergência e/ou catástrofe, mantendo-se atualizados, frequentando formações para este efeito. São realizados simulacros com a periodicidade de 2/2 anos.

De momento, e após a conclusão do ensino clínico, está ativo o plano de contingência devido à pandemia de Covid-19.

3.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respostas em tempo útil e adequadas

Com o objetivo de alcançar a excelência no seu trabalho, o enfermeiro especialista em EMC deve ser detentor de competências no âmbito da infeção, demonstrando conhecimentos profundos e fundamentados numa base científica, no controlo da infeção. No contexto do doente em situação crítica, e perante a necessidade de utilizar técnicas invasivas, o enfermeiro especialista tem uma participação ativa na conceção de um plano para a diminuição da incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e no desenvolvimento de normas com o mesmo fim (DR, 2018). Este plano deve estar sempre atualizado com base na evidência científica, definindo estratégias de prevenção e controlo da infeção a implementar no serviço.

As IACS constituem uma ameaça à saúde pública, na medida em que ocorrem com muita frequência, estão associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade e envolvem um acréscimo de recursos financeiros.

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e as suas instituições prestadoras de cuidados de saúde podem ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade. Estudos internacionais

revelam que um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DGS, 2017b).

Neste sentido, a DGS através da norma 029/2012, recomendou que as unidades prestadoras de cuidados de saúde adotem Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), sendo que esta norma atribui aos dirigentes das instituições a responsabilidade de garantir a sua implementação, através de sistemas ou recursos facilitadores, monitorizando o cumprimento das medidas pelos profissionais que prestam cuidados (DGS, 2012).

É missão do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) promover a redução das taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, através da prevenção e controlo da sua transmissão, vigilância epidemiológica, consumo e resistência a antibióticos.

Durante o primeiro semestre de 2017, Portugal participou no 2.º Inquérito Europeu de Prevalência de Ponto de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde organizado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças. Neste inquérito participaram 125 unidades hospitalares das 7 Regiões de Saúde/Regiões Autónomas de Portugal, tendo-se obtido uma percentagem de doentes internados com Infeções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) de 7,8% após validação de dados.

Na realização dos estágios foi preocupação presente a prevenção das IACS, tendo para tal presentes os procedimentos relacionados com a prática de cuidados de enfermagem seguros. Nomeadamente os procedimentos das normas da PPCIRA, relativos à lavagem das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual, manipulação do cateter venoso central (CVC), inserção e manutenção do cateter vesical (CV), cuidados ao local da ferida cirúrgica, colheita de espécimes para análise, prevenção de pneumonia associada ao ventilador. Em todos os serviços são realizadas auditorias a estes procedimentos, de forma a monitorizar a adesão e cumprimento dos passos da bundle dos procedimentos, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Findo todo este processo que foi a construção da especialidade, afirmação de saberes e aquisição de competências especializados, fica o sentimento de que o caminho terá início agora. Assim, importa refletir acerca dos aspetos que ditaram o desenvolvimento de competências ao longo do ensino clínico, com enfoque para o crescimento que se obteve no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

O estágio é um processo de aprendizagem, indispensável a um profissional que deseja estar preparado para enfrentar os desafios de uma profissão. Aliado ao conhecimento pré-adquirido, permite o desenvolvimento dos aspetos ideológicos presentes nas relações pessoais e institucionais das práticas de enfermagem.

A prática em contexto de BO, serviço de urgência e cuidados intensivos, foi oportunidade de grande aprendizagem, onde o trabalho com equipas multidisciplinares, o contato com diferentes e complexas problemáticas, na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, contribuíram significativamente para o desenvolvimento e aprimoramento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da EMC.

Através da formação contínua e de toda a experiência adquirida, nos diferentes ensinos clínicos, desenvolveram-se competências no âmbito emocional, comunicacional e relacional, essenciais na assistência ao doente em situação crítica e família. Pensar em família, enquanto enfermeiro, remete para a importância de atender a um sistema tão complexo e importante no processo terapêutico. Salienta-se a importância das relações humanas para um cuidar de qualidade. Todo o trabalho desenvolvido, nos diferentes contextos, contribuiu para o desenvolvimento de um cuidar norteado de valores éticos, dedicação, responsabilidade e qualidade. O cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa.

Apesar do ensino clínico ser contínuo e entendido como um processo único, as diferentes etapas culminaram em experiências diferentes, nos diferentes estágios. Em todos ocorreu um processo de integração no serviço. A integração passa pelo conhecimento da dinâmica dos serviços, dos métodos de trabalho utilizados, dos sistemas de registo dos cuidados de enfermagem, bem como dos protocolos instituídos, com o objetivo de facilitar a adaptação a esse mesmo serviço. A complexidade profissional e dos serviços foi impulsionadora do desenvolvimento de competências.

No início do estágio, os aspetos a melhorar foram relativos a alguma insegurança pessoal, perante o novo contexto e problemáticas, nunca antes confrontadas em termos profissionais. A reflexão acerca da aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, à pessoa em situação crítica, contribuíram para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado. A atuação demonstrada revelou autonomia, a integração em equipas multidisciplinares foi feita de forma proativa, pelo reconhecimento da importância de desenvolver e adquirir conhecimentos e competências, sustentados em evidência científica e nos princípios, valores éticos e deontológicos, que regem a profissão de enfermagem. Sobressai o desenvolvimento de competências de julgamento clínico, tomada de decisão, resolução de conflitos, gestão e liderança, cuidar de excelência e autoconhecimento. Pelo que foi descrito, tem-se a convicção de que as competências de mestre, preconizadas nos descritores de Dublin e reguladas em Portugal através da Lei nº 65 de 2018, foram igualmente atingidas.

Contudo, os objetivos alcançados ao longo do percurso do mestrado em EMC, não esgotam em si a motivação e ambição para fazer mais e melhor. Permanece o interesse e empenho em continuar a desempenhar um cuidar de excelência, e afirmar as competências individuais como enfermeira especialista, na área da pessoa em situação crítica.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

Nota Prévia

A investigação, de seguida apresentada, em formato de proposta para publicação, assenta no pressuposto de que, as Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE) podem assumir-se como Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), aos cuidados ao doente crítico com VMNI. No estudo, as IAE com consistência executória mais elevada, são reconhecidas no presente estudo como ISQ.

Neste capítulo, apresenta-se o enquadramento conceptual do tema a investigar, elaborado a partir de bases de dados científicas, como o RCAAP, PubMed Central e SciELO. A elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados para documentar a temática em estudo, permite fundamentar a pertinência no quadro de conhecimentos atuais, tal como exigido para desenvolver as fases seguintes da investigação. A metodologia recorreu a um estudo de análise quantitativa, transversal e exploratório, em que as variáveis dependentes são as IAE, enquanto as variáveis independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais.

As IAE baseiam-se em princípios científicos e de uniformização de procedimentos seguros, que garantam as boas práticas de enfermagem, promovendo uma melhoria na prática clínica. A produção de ISQ, capazes de traduzir o contributo das IAE, para os cuidados especializados ao doente crítico com VMNI, constitui uma base estrutural para a melhoria contínua do exercício profissional do enfermeiro especialista em EMC.

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.

A reflexão sobre as práticas é algo que deve acompanhar o exercício profissional do enfermeiro, sempre com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e ao desenvolvimento e concretização profissional e pessoal.

No longo do estudo foram respeitados os princípios éticos. Assim, para a realização deste trabalho de investigação 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 Professora Doutora Maria Augusta Romão da

Veiga Branco (Anexo II); O presente estudo, “Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva”, é um estudo de análise quantitativa, exploratório, transversal, a partir da análise do questionário realizado para o efeito (Anexo I).

Para efeitos de divulgação dos resultados da investigação, no campo científico da enfermagem, foi proposto para publicação a uma revista científica, de reconhecimento nacional e internacional. A revista científica selecionada foi a *Servir*, editada pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde – ACEPS, pelo que o template do artigo de investigação cumpre o definido pela revista para a sua submissão.

Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva

Autonomous Nursing Interventions as Quality Sensitive Indicators for patient care with Noninvasive Ventilation

Intervenciones Autónomas de Enfermería como Indicadores Sensibles a la Calidad para la atención de pacientes con Ventilación No Invasiva

RESUMO

Introdução: As Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) podem adquirir o estatuto de Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados ao doente crítico com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), se a sua consistência de aplicação, estiver de acordo com a eficácia da recuperação.

Objetivo/s: Reconhecer as IAE dos enfermeiros, no cuidado ao doente crítico com VMNI, que pela consistência de execução, podem ser consideradas ISQ aos cuidados de saúde.

Métodos: Estudo transversal, exploratório e quantitativo, a partir da aplicação de um questionário, elaborado para o efeito, numa amostra de 76 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (82,9%), e escalão etário entre 36 a 45 anos (51,3%), do Norte, em Serviços de Urgência e Medicina Intensiva.

Resultados: As oito IAE identificadas como ISQ foram "(...) o registo do estado de consciência"; "(...) registo de parâmetros hemodinâmicos"; "utilização de filtro antibacteriano e humidificação (...)"; "a aferição do tamanho da interface é pertinente"; "doente posicionado no leito com cabeceira >30°"; "a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente"; "é indicado o levantar para o cadeirão" e "aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral (...)".

Conclusão: Reafirma-se a pertinência das competências autónomas dos enfermeiros, na prestação e na visibilidade da prestação de cuidados diferenciados, bem como a necessidade de criar um protocolo de atuação na terapia com VMNI, ao doente crítico.

Palavras-chaves: Enfermagem; Intervenções Autônomas; Indicadores Sensíveis; Doente crítico; Ventilação Não Invasiva.

ABSTRACT

Introduction: Autonomous Nursing Interventions (IAN) may acquire the status of Quality Sensitive Indicators (ISQ) for critical patient care with Noninvasive Mechanical Ventilation (NIV), if their consistency of application is in accordance with the effectiveness of recovery.

Objective/s: Recognizing the IAN of nurses in the care of critically ill patients with NIV, which, due to consistency of execution, can be considered ISQ to health care.

Methods: This is a cross-sectional, exploratory and quantitative study, based on the application of a questionnaire, elaborated for this purpose, in a sample of 76 nurses, mostly female (82.9%), and age group between 36 and 45 years (51.3%), from the North, in Emergency and Intensive Care Services.

Results: The eight IAN identified as ISQ were "(...) the register of the state of consciousness"; "(...) recording of hemodynamic parameters"; "use of antibacterial filter and humidification (...)"; "the measurement of the size of the interface is relevant"; "patient positioned in bed with headboard >30°"; "the interface is selected in order to suit the patient"; "the lift to the chair is indicated" and "application of vaseline on the lips and humidification of the oral cavity (...)".

Conclusion: It reaffirms the pertinence of the nurses' autonomous competencies, in the provision and visibility of the provision of differentiated care, as well as the need to create a protocol for the use of NIV therapy for the critically ill.

Keywords: Nursing; Autonomous Interventions; Sensitive Indicators; Critically ill; Noninvasive Ventilation

RESUMEN

Introducción: Las Intervenciones Autônomas de Enfermería (IAE) pueden adquirir el estatus de Indicadores Sensibles a la Calidad (ISC) para la atención de pacientes críticos con Ventilación Mecánica No Invasiva (VNI), si su consistencia de aplicación está de acuerdo con la efectividad

de la recuperación.

Objetivo/s: Reconocer las IAE de las enfermeras en la atención de pacientes críticamente enfermos con VNI, que, debido a la consistencia de la ejecución, puede considerarse ISC para la atención de la salud.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, exploratorio y cuantitativo, basado en la aplicación de un cuestionario, en una muestra de 76 enfermeros, en su mayoría mujeres (82,9%), y grupo de edad entre 36 y 45 años (51,3%), del Norte, en Servicios de Urgencias e Intensivos.

Resultados: Las ocho IAE identificadas como ISQ fueron "(...) el registro del estado de conciencia"; "(..) registro de parámetros hemodinámicos"; "uso de filtro antibacteriano y humidificación (...)"; "la medición del tamaño de la interfaz es pertinente"; "paciente colocado en cama con cabecero >30°"; "la interfaz se selecciona para adaptarse al paciente"; "el levantamiento a la silla está indicado" y "aplicación de vaselina en los labios y humidificación de la cavidad oral (...)".

Conclusión: Reafirma la pertinencia de las competencias autónomas de los enfermeros, en prestación de cuidados diferenciados, así como la necesidad de crear un protocolo para el uso de la terapia NVI para enfermos críticos.

Palabras Clave: Enfermería; Intervenciones Autónomas; Indicadores sensibles; Enfermos críticos; Ventilación no invasiva

Introdução

O campo da insuficiência respiratória aguda, vem apresentando progressiva expansão, e em todas as suas dimensões, a atuação do enfermeiro assume particular relevância (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Do ponto de vista do espaço, esta atuação exerce-se desde as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), até aos cuidados em domicílio, onde a família pode ser convidada a refletir acerca das implicações do uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) (Guedes et al. 2020). Do ponto de vista da patogenicidade, a utilização da VMNI ocorre em doentes críticos em geral, até e nomeadamente, por exemplo, na insuficiência respiratória aguda (IRA) em doentes imunocomprometidos (Wang et al., 2017). Considerando a larga aplicação e os recursos que envolve, autores como Caprini et al. (2019), estudaram o uso precoce de VMNI (em doentes fora das UCI) e se esse uso pode impedir a progressão de IRA leve a moderada para IRA grave. O espectro de indicações da VMNI é cada vez mais extenso, e cada vez mais, doentes em situações críticas são tratados com sucesso (Ergan et al., 2018). Em suma, considera-se a VMNI, uma técnica assumidamente pertinente, mas é inegável que exige cuidados essenciais. E é aqui que este estudo faz sentido, para compreender quais e como é que as competências autónomas de enfermagem podem assegurar de forma evidente esses cuidados com carácter redutor e/ou omissor do ponto de vista das suas complicações.

Partindo desta premissa, a presente investigação tem como variáveis dependentes em estudo, as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no contexto de assistência ao doente crítico com VMNI. A questão de investigação formulada tem em consideração a função do enfermeiro especialista, como aquele a quem a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente com VMNI. Ao enfermeiro compete assegurar a avaliação diagnóstica e monitorização constantes, por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

De modo a atingir esta perceção, foi elaborado, para este efeito específico, um instrumento de recolha de dados, e de acordo com a investigação bibliográfica mais recente, que permitiu aceder ao conhecimento da prática das Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no contexto do cuidado ao doente crítico com VMNI.

A questão de investigação formulada foi: “Quais as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), que podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), no cuidado ao doente crítico com VMNI, a partir do nível de consistência de aplicação?”

Por forma a responder a esta questão, foi considerado como objetivo geral do estudo:

Reconhecer as IAE, que pela sua persistente aplicação, podem ser consideradas como ISQ, na assistência ao doente crítico com VMNI.

Objetivos específicos:

5. Conhecer as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, que prestam cuidados na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
6. Identificar as IAE, com carácter de maior consistência/ incidência executória, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
7. Identificar as IAE, que pela sua consistência de aplicação, se assumem como ISQ aos cuidados de saúde, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI;
8. Relacionar as IAE com as variáveis sociodemográficas e profissionais, nesta amostra, na prática clínica ao doente crítico com VMNI.

1. Enquadramento Teórico

O estudo que aqui se apresenta, tem como variáveis dependentes as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), no seu significado e aplicação, de acordo com a eficácia e eficiência que se busca quando se fala em segurança e gestão de saúde. Assim, parte-se do pressuposto, que, uma das formas de refletir concretamente, como é que as ações

implícitas nos cuidados de enfermagem são promotoras do tratamento ou recuperação do doente, é através da frequência com que os enfermeiros as praticam, seja em internamento, (Camilo, 2018), seja em domicílio (Guedes et al., 2020).

Defende-se que as equipas de saúde, na aplicação dos cuidados com base na evidência científica, selecionam a energia e a ação, direcionadas justamente aos ganhos em saúde. A ação do enfermeiro, integrada no exercício multiprofissional, (REPE, 2015: Decreto Lei nº 156), é uma profissão autônoma, que atribui aos enfermeiros a responsabilidade e capacidade de autorregular a sua conduta, promovendo a monitorização e desenvolvimento da prática e a regulamentação do seu exercício profissional, no sentido da excelência de cuidados. Não só por esta razão, mas também, considera-se neste estudo, que as práticas mais frequentemente prescritas e executadas, serão aquelas que na perceção das equipas de saúde, em geral, e das equipas de enfermagem em particular, assumem maior reconhecimento, no respetivo poder terapêutico e curativo.

Admite-se que uma ação é tanto mais repetida quanto mais efeito de eficácia, na qualidade da saúde, se lhe reconhece. Por outras palavras, são essas as ações, que se assumem como essenciais Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ). Por oposição, as práticas incomuns ou de baixa frequência, não podem assumir a relevância nem a sustentação, como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

São legalmente reconhecidas ao enfermeiro dois tipos de intervenções (REPE, 2015: Decreto Lei nº 156), as interdependentes e as autônomas. Estas, que aqui assumem o estatuto de variável dependente, além de se caracterizarem por serem da iniciativa total do enfermeiro, são também da sua responsabilidade, desde a prescrição até à implementação da técnica e da intervenção.

Ao nível dos cuidados secundários, especificamente em situações de doente crítico, este sentido de iniciativa e responsabilidade, é particularmente importante. Assim, na implementação de ações ao doente crítico, torna-se primordial a função do enfermeiro. Nesse sentido, o desenho metodológico deste estudo, teve com orientação, numa primeira fase, reconhecer as IAE ao doente crítico, e numa segunda fase, identificar a frequência com que as intervenções são aplicadas.

Só para exemplificar e identificar o contexto operativo deste estudo, relembra-se que os doentes críticos com patologia respiratória dependem dos conhecimentos e cuidados de enfermagem. Resgatando as palavras de Caironi et al. (2016), apenas os cuidados cuidadosos e contínuos do doente crítico com VMNI, podem detetar prematuramente melhorias ou agravamento da condição clínica. O acompanhamento consiste em diferentes parâmetros, que devem ser integrados na monitorização contínua pelos enfermeiros.

Corroborando este autor, reforça-se a mais valia da responsabilidade autônoma do enfermeiro, já que o doente em situação crítica é definido como a pessoa “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018: 19362), pelo que os enfermeiros têm de atuar de acordo com as suas responsabilidades.

A equipa de enfermagem que presta cuidados ao doente crítico com necessidade de VMNI deve ser treinada e qualificada, de forma a prevenir, detetar e tratar complicações durante o tratamento. É responsabilidade do enfermeiro a vigilância do doente, como tal deve atuar de forma eficaz e eficiente, garantindo o sucesso do procedimento e, conseqüentemente, a evolução positiva do estado clínico do doente. O enfermeiro deve fazer uma abordagem holística do doente, assegurando que este se sinta tranquilo e colabore na técnica e nos cuidados prestados.

Em presença de situações de saúde complexas, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, garantindo as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Já o enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica, em contexto da pessoa em situação crítica (EMC-PSC), 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: 19363).

Nas últimas décadas, a VMNI tem sido amplamente utilizada em doentes com insuficiência respiratória aguda, e cada vez mais aceite por ser considerada segura e eficaz, em várias patologias do foro respiratório (European Respiratory Society/ American Thoracic Society, 2017). A VMNI é definida “como ventilação alveolar através de uma máscara sem invasão da traqueostomia ou tubo endotraqueal” (Yesilbalkan & Ozbudak, 2019, p. 884), em doentes que podem respirar espontaneamente (D´Orazio et al., 2018). Esta técnica ventilatória melhora a função pulmonar, através da redução do trabalho respiratório, melhora a compliance pulmonar e o recrutamento de alvéolos atelectasiados, aumentando a área das trocas gasosas, com benefícios na oxigenação e na exalação do ar retido. Por outro lado, aumenta a pressão intratorácica, possibilitando a diminuição do edema pulmonar e diminui a pré-carga, auxiliando a função cardíaca (Pereira et al., 2016).

Tal como no início se focou, existe um número elevado de situações com indicação para a utilização da VMNI, que podem ser classificadas de acordo com a tipologia da insuficiência respiratória. Na insuficiência respiratória aguda com hipercapnia, as principais indicações para VMNI são: DPOC agudizada, deformações torácicas, doenças neurovasculares e insuficiência respiratória pós-extubação. Por outro lado, a VMNI também apresenta bons resultados na insuficiência respiratória hipoxémica como no edema agudo pulmonar, na insuficiência respiratória pós cirurgia, na pneumonia e lesão pulmonar aguda. A VMNI poderá, ainda, ser um recurso a utilizar em situações específicas, como é o caso de doentes em fase terminal, de forma paliativa (Rochweg et al., 2017), imunossupressão (Wang et al., 2017). Relativamente às vantagens, D´Orazio et al. (2018), reconhecem o evitar a entubação endotraqueal e diminuição dos riscos associados, a não utilização de sedação, o permitir a pessoa falar, manter a tosse eficaz e a alimentação oral, ser fácil de instituir e de retirar e poder ser efetuada no domicílio.

O recurso à VMNI, permite assim, reduzir os custos associados ao internamento, a necessidade de entubação endotraqueal em 38%, e a taxa de mortalidade associada em 16% (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017).

Cerca de 1 bilião da população mundial sofre de doença respiratória crónica, sendo que 4 milhões, acabam por falecer pelo mesmo motivo. As doenças respiratórias apresentam um grande impacto nos resultados das análises em saúde, na sociedade e na economia mundial, quer pela taxa de mortalidade ou morbilidade associada (European Respiratory Society/American Thoracic Society, 2017). Portugal segue a tendência crescente da prevalência de patologias respiratórias, e conseqüente aumento do número de internamentos, de acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017).

Contudo, há que percorrer um longo caminho para que o sucesso da VMNI seja alcançado na totalidade. A eficácia da mesma irá depender dos cuidados prestados, da presença física e do trabalho conjunto de toda equipa (D´Orazio et al., 2018).

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2015), os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar, os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, e ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto dos doentes, levando à satisfação, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

Inerente ao cuidar do doente com VMNI, emergem situações e técnicas complexas, pela crescente evolução do conhecimento técnico-científico, que estimulam a necessidade de formação dos enfermeiros, e que são indispensáveis para uma prática de cuidados adequada. O êxito da técnica, depende da intervenção do enfermeiro na preparação do doente e explicação do procedimento, e na seleção adequada da interface e sua aplicação (Fragoso, 2014).

Camilo (2018) refere, no seu estudo acerca do cuidar do doente submetido a VMNI, que todas as intervenções efetuadas devem constar em registo de enfermagem, tal como os parâmetros avaliados e os parâmetros do ventilador. O plano de cuidados do doente deve ser atualizado, permitindo conhecer a sua evolução clínica, de forma a adequar os cuidados às necessidades reais do doente.

Os conhecimentos dos enfermeiros, devem permitir-lhes prever e detetar precocemente complicações em tempo útil (Camilo, 2018), ou seja, é essencial o estudo e a prática baseada

na evidência. Só assim se atualizam os conhecimentos, habilidades e atitudes para atender ao crescimento dos serviços e às necessidades atuais e dinâmicas dos doentes que necessitam de ventilação, ou seja, a prática desta técnica requer dos profissionais requisitos para garantir e manter a máxima segurança do doente (Fragoso, 2014). Em todo o plano de cuidados inerente à implementação da terapia com VMNI ao doente crítico, é insubstituível a presença do enfermeiro, como mencionado por Yesilbalkan & Ozbudak (2019), que, no seu estudo, referem que o enfermeiro deve deter conhecimento acerca da implementação e manutenção da VMNI, e estar envolvido na monitorização e deteção de possíveis complicações, para conseguir intervir ao nível da sua prevenção. Também o estudo de Moretto, F. et al. (2022) reflete que, a VMNI gerida por uma equipa diferenciada e altamente experiente no cuidado ao doente crítico, permite tratar os mesmos, sem grandes complicações.

Assim, o estudo das variáveis dependentes, as Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE), no contexto de assistência ao doente crítico com VMNI, através da frequência com que são executadas pelos enfermeiros, nos seus quotidianos, como resposta assertiva a uma necessidade de cuidados, 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 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 Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados em saúde.

Quando são delimitadas intervenções de enfermagem que visam o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, é importante que sejam mensuráveis, por meio de indicadores, para que se perceba o impacto e a evolução que tiveram as ações implementadas (Rocheta, 2018).

Os indicadores de qualidade aos cuidados de saúde permitem medir a qualidade da estrutura, processo e resultado dos cuidados prestados, conseqüentemente são instrumentos de melhoria dos mesmos (Rocheta, 2018). Os ISQ assumem-se como critérios capazes de avaliar a qualidade da assistência à saúde, e fornecem informações quanto a adequação, efeitos e custos associados a determinadas ações ou intervenções de saúde.

O cuidado centrado no doente e na família incentiva a partilha de conhecimentos e experiências no planeamento e implementação dos cuidados, e pode produzir resultados que beneficiem os doentes e as organizações de saúde (Delaney, 2018).

A melhoria contínua da qualidade resulta da intenção em promover a mudança para obter padrões mais elevados (Regulamento n.º 140/2019 de OE, 2019, p. 4747).

2. Métodos

Para cumprimento dos objetivos do próprio estudo foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva, a partir dos resultados, colhidos, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados especificamente adaptado para este estudo “Intervenções Autónomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com ventilação mecânica não invasiva” (Garcia, Veiga-Branco, 2022), a uma amostra de enfermeiros que prestam cuidado a doentes em situação crítica com terapia de VMNI.

2.1 Amostra

Amostra de caráter intencional, de 76 enfermeiros, de um universo de 90 nos serviços de urgência e medicina intensiva, numa unidade de saúde da região norte de Portugal. No total da amostra, 63 elementos (82,9%) são do sexo feminino e 13 (17,1%), do sexo masculino. Relativamente à variável idade, é prevalente a faixa etária dos 36 aos 45 anos (51,3%).

2.1.1 Critérios de Inclusão

No processo de amostragem foram considerados critérios de inclusão: apresentar a licenciatura em enfermagem, assumir prestação de cuidados a doentes em situação crítica com VMNI, em Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a aceitação de preenchimento do instrumento de recolha de dados, via Google docs.

2.2 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (IRD), diz respeito a um questionário adaptado, a partir do original criado, e intitulado “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), ao doente crítico com VMNI” (Garcia, Veiga-Branco, 2022), elaborado a partir da pesquisa bibliográfica, e para este efeito específico, de reconhecer as intervenções autônomas, praticadas pelos enfermeiros, na assistência ao doente crítico com VMNI. O IRD é constituído por duas partes:

A Parte I identifica as variáveis sociodemográficas e profissionais, e é composto por 7 questões que permitem descrever as características da amostra em relação à idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em SU e SMI.

A Parte II expõe a operacionalização da variável dependente em estudo, apresentando de forma explícita, cada uma das Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com VMNI, respeitando o sentido e significado conferido nos documentos originais (REPE, 2015), e de forma a identificar os cuidados com valorização significativa por parte destes. Além disto, esta Parte II, ainda insere em três itens, que se constituem como componentes executórias das IAE ao doente crítico com VMNI, cuja tipologia de resposta, aparece sob a forma de escala de Likert, cronológica, em cinco níveis desde “0=nunca” até “5=sempre”, distribuídos por 3 dimensões. A primeira “Conhecimento sobre VMNI” contém 6 afirmações, a segunda “Adaptação do doente à VMNI” contém 25 questões, e a terceira, “Dificuldades/Constrangimentos na VMNI”, contém 19 questões. Da operacionalização das variáveis, a sua mensuração, indicará que quanto mais frequente for o valor de “sempre”, maior será a prática dos cuidados autônomos de enfermagem ao doente crítico com VMNI.

2.3 Procedimentos

Numa abordagem inicial, o protocolo do estudo, foi apresentado à Comissão de Ética da instituição onde se desenvolveu o estudo, da qual foi recebido o parecer favorável (parecer nº42/2022).

Posteriormente, o IRD foi aplicado via online, através da metodologia de google forms, no março de 2022. O anonimato e a confidencialidade foram assegurados.

Análise de variáveis

Para o estudo das variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como para a frequência temporal da aplicação das intervenções de enfermagem, recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%), pelo que o estudo é descritivo. Para o estudo da análise das relações entre as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) e as variáveis independentes: formação específica, conhecimento das guidelines e o tempo de serviço, recorreu-se à utilização ao teste de independência do Qui-quadrado ou Teste de Fisher. Para a realização dos testes foram agregadas três categorias adjacentes, relativamente às cinco categorias de frequência temporal utilizadas no questionário, em: “Nunca/Raramente”, “Às vezes”, “Muitas vezes/Sempre”, de forma a permitir a correta interpretação dos resultados. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, para resultados inferiores, conclui-se que as variáveis são dependentes e estão relacionadas do ponto de vista estatístico.

Por esta componente, o estudo é também de natureza analítica.

O tratamento estatístico, foi realizado através do programa IBM Statistical Package Social Science (SPSS) 26.

3. Resultados

No que respeita ao primeiro objetivo, apresenta-se a caracterização da amostra do ponto de vista sociodemográfico e profissional, através das variáveis operacionalizadas (Tabela 1). Verifica-se que a amostra é maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=63; 82,9%), com apenas 13 profissionais do sexo masculino (17,1%). No que concerne à variável Idade, observa-se que a maioria amostral 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 ainda 16 profissionais

de enfermagem com idade até 35 anos (21,1%). Esta distribuição é indicadora de uma amostra maioritariamente feminina, e relativamente jovem.

A variável habilitações literárias, apresenta 34 enfermeiros com licenciatura, 21 apresentam a formação de especialidade em enfermagem (27,6%), 18 enfermeiros com grau de mestrado (23,7%) e 3 com pós-graduação (3,9%).

A formação específica dos enfermeiros foi operacionalizada, de acordo com o reconhecimento da OE, obtendo-se como respostas 20 enfermeiros como formação na área da enfermagem médico-cirúrgica (57,1%), 10 com formação na área da enfermagem de reabilitação, 4 com formação na área da enfermagem comunitária (11,4%) e apenas um com formação na área da saúde materna e obstetrícia (2,9%) (Tabela 1).

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, permite observar 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 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis socioprofissionais, 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-Gaduação	3	3,9
Especialidade	21	27,6
Mestrado	18	23,7
Área de Especialidade em Enfermagem (n=35)		
Enfermagem médico-cirúrgica	20	57,1
Enfermagem de reabilitação	10	28,4
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	1	2,9
Enfermagem de 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

No sentido de dar resposta ao segundo objetivo, apresentam-se os resultados relativos às variáveis usadas para o efeito, ou seja, as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), na implementação e manutenção da terapia de VMNI ao doente crítico, em relação à amostra (Tabela 2).

Em contexto de terapia com VMNI, e tendo como operacionalização conceptual desta variável, a consistência executória, verificou-se que os cuidados executados com maior frequência, ou seja, “Sempre”, foram: o registo em notas de enfermagem do estado de consciência, em 73,7% (Tabela 2), o registo dos parâmetros hemodinâmicos, com 71,1%, a utilização de filtro antibacteriano e humificação (65,8%), a pertinência da aferição do tamanho da interface (60,5%), o posicionamento do doente com cabeceira >30° (59,2%), a seleção da interface de forma a adequar-se ao doente (57,9%), a indicação de levantar para o cadeirão (53,9%) e a pertinência da aplicação de vaselina nos lábios e da humificação da cavidade oral, em 40,8% (Tabela 2). Numa segunda perspetiva, na análise da consistência executória, estão as intervenções de enfermagem identificadas como “executadas muitas vezes”, pela amostra, e nesta tipologia, encontra-se o posicionamento do doente de acordo com a sua tolerância e

preferência, em 54,2%, são prestados os cuidados orais (48,7%), são prestados os cuidados nasais (39,5%), as próteses dentárias permitem uma melhor adaptação à interface, com 39,5%, e no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar (38,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis relacionadas com as “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) ao doente crítico com VMNI”, conforme respostas da amostra.

	N	R	ÀsV	MV	S
“as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência”			1,3%	25,0%	73,7%
“as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”			2,6%	26,3%	71,1%
“a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”		1,3%	6,6%	26,3%	65,8%
“a aferição do tamanho da interface é pertinente”			5,3%	34,2%	60,5%
“o doente é posicionado no leito com a cabeceira >30°”			1,3%	39,5%	59,2%
“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”			3,9%	38,2%	57,9%
“é indicado o levante para o cadeirão”		3%	9,2%	33,9%	53,9%
“a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral (...)”	3,9%	3,9%	18,4%	32,9%	40,8%
“o posicionamento do doente depende da sua tolerância e preferência”	2,6%	3,9%	34,2%	54,2%	6,6%
“são prestados cuidados orais”		2,6%	19,7%	48,7%	28,9%
“são prestados cuidados nasais”	1,3%	6,6%	38,2%	39,5%	14,5%
“(…) próteses dentárias permitem uma melhor adaptação à interface”	5,3%	5,3%	25,0%	39,5%	25,0%
“no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar”	1,3%	10,5%	26,3%	38,2%	23,7%
“o tipo de interfaces (...) parte das falhas associadas à VMNI”		14,5%	38,2%	36,8%	10,5%
“são prestados os cuidados oculares”	1,3%	13,2%	38,2%	35,5%	11,8%
“antes (...) é colocado apósito hidrocolóide ou poliuretano na pirâmide nasal”	11,8%	25,0%	50,0%	11,8%	1,3%
“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”	6,6%	22,4%	36,8%	27,6%	6,6%
“deve ser sempre colocada SNG para evitar distensão abdominal”	11,8%	28,9%	36,8%	15,8%	6,6%
“a aplicação de lágrimas artificiais é secundária”	15,8%	28,9%	35,5%	15,8%	3,9%

Legenda: N - Nunca, R - Raramente, ÀsV - Às vezes, MV - Muitas Vezes, S - Sempre

Por forma a concretizar o terceiro objetivo, e obter as relações estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as IAE estudadas, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado.

Da análise, obteve-se relação estatística significativa entre a variável “Formação específica” e os cuidados: “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” (0,071) e “são prestados os cuidados oculares” (0,072) (Tabela 3). A intervenção autónoma de enfermagem que apresenta uma relação estatística mais relevante com a variável “Formação específica” foi “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” (0,042). O “Conhecimento das guidelines” não revelou relação estatística significativa com nenhum dos cuidados inquiridos à amostra em estudo. A variável “Tempo de serviço em SU/SMI” estabelece relação estatística significativa com “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” (0,038).

Tabela 3 - Apresentação dos valores da relação estatística entre a variável dependente “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE)” e as variáveis independentes “Formação específica”, “Conhecimento das guidelines” e “Tempo de serviço SU/SMI”.

Intervenções autónomas	Formação específica	Conh.to de guidelines	Tempo SU/SMI
“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”	0,042*	0,322	0,814
“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”	0,071**	0,999	0,326
“são prestados os cuidados oculares”	0,072**	0,513	0,629
“são prestados cuidados nasais”	0,231	0,847	0,651
“são prestados cuidados orais”	0,287	0,125	0,729
“o doente é posicionado no leito com a cabeceira >30°”	0,421	0,999	0,592
“as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”	0,506	0,440	0,344
“as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência”	0,999	0,250	0,999
“o tipo de interfaces (...) parte das falhas associadas à VMNI”	0,413	0,713	0,842
“a aferição do tamanho do interface é pertinente”	0,634	0,259	0,535
“antes (...) é colocado apósito hidrocolóide ou poliuretano na pirâmide nasal”	0,765	0,120	0,671
“a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral (...)”	0,128	0,907	0,689
“a aplicação de lágrimas artificiais é secundária”	0,388	0,512	0,892
“(…) próteses dentárias permite uma melhor adaptação ao interface”	0,293	0,847	0,038*
“no início da VMNI o doente deve ficar em pausa alimentar”	0,550	0,999	0,706
“deve ser sempre colocada SNG para evitar distensão abdominal”	0,835	0,436	0,823
“o posicionamento do doente depende da sua tolerância e preferência”	0,457	0,826	0,992
“é indicado o levante para o cadeirão”	0,369	0,859	0,426
“a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”	0,795	0,999	0,310

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

Da análise da relação estatística (Tabela 4), verificou-se que os enfermeiros com tempo de

exercício profissional no SU/SMI superior a 10 anos executam a intervenção “manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” muitas vezes/sempe, pelo que tornam esta atividade uma intervenção autônoma com relevante consistência executória. Para os enfermeiros sem formação específica, as intervenções com elevada expressão executória foram “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”, “são prestados cuidados oculares” e “as notas de enfermagem apresentam registo de vigilância da pele”, com uma frequência de ação ao nível de muitas vezes/sempe. Considera-se que se a amostra tivesse um tamanho maior, poderia haver a possibilidade de se obterem valores de significância estatística mais evidentes.

Tabela 4 – Apresentação dos valores obtidos/esperados das variáveis “Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE)” na relação com as variáveis profissionais “tempo de serviço” e “formação específica”.

Intervenções autônomas	Tempo de serviço		
	Até 5 anos	6 a 10 anos	Mais de 10 anos
<i>“a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação ao interface”</i>	Resultado obtido/resultado esperado		
Nunca/Raramente	6 - 3,3	2 - 1,8	0 - 2,9
Às vezes	10 - 7,8	2 - 4,39	7 - 7,0
Muitas vezes/Sempre	15 - 20,0	13 - 11,0	21 - 18,1
Intervenções autônomas	Formação específica		
	Sim	Não	
<i>“a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”</i>	Resultado obtido/resultado esperado		
Às vezes	3 - 1,3	0 - 1,7	
Muitas vezes/Sempre	29 - 30,7	44 - 42,3	
<i>“são prestados os cuidados oculares”</i>	Resultado obtido/resultado esperado		
Nunca/Raramente	8 - 4,6	3 - 6,4	
Às vezes	12 - 2,2	17 - 16,8	
Muitas vezes/Sempre	12 - 15,2	24 - 20,8	
<i>“as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele”</i>	Resultado obtido/resultado esperado		
Às vezes	0 - 0,8	2 - 1,2	
Muitas vezes/Sempre	32 - 31,2	42 - 42,8	

O quarto objetivo foi orientado para responder ao domínio da melhoria contínua da qualidade, uma das competências comuns do enfermeiro especialista.

O contexto patológico do doente crítico com VMNI, exige cuidados de enfermagem exatos e seguros, eficientes e eficazes, através da promoção de boas práticas com base em conhecimento científico e experiência profissional. Todos os cuidados descritos são sustentados em referenciais de práticas recomendadas, tendo sido considerados pela amostra como praticados “Sempre” e “Muitas vezes” na maioria dos cuidados descritos. Esta maioria, revelada através da Tabela 2, são considerados – pela consistência executória com que são praticados – Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ).

Por forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, é imperiosa a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes, por parte dos enfermeiros. A aquisição de competências que visem o cuidado eficaz e com qualidade, requerem conhecimentos teóricos, experiência, olhar clínico, capacidade de gestão e liderança. O desenvolvimento profissional é um processo gradual, dependente de referenciais profissionais, experiências e de investimento pessoal, pois o crescimento não é estanque nem linear.

4. Discussão

O presente estudo, refere-se à análise descritiva das ações cuidativas de enfermagem e quais as que se assumem como indicadores sensíveis, a partir da sua consistência de execução.

Inicia-se expondo as variáveis relativas a uma amostra de 76 enfermeiros, algo superior a estudos semelhantes, como o de Fragoso (2014), cuja amostra foi de 15 enfermeiros, e a investigação de Camilo (2018), com uma população amostral de 10 enfermeiros. A amostra em estudo foi predominantemente do sexo feminino (82,9%, n=63), como é espectral, e

considerando o universo da classe profissional (80% mulheres e 20% homens), de acordo com o Anuário Estatístico da OE (2021). A idade dos enfermeiros da amostra, que varia entre os 25 e os 62 anos e com a média de 40,96 anos (desvio padrão=7,61 anos), é relativamente superior a estudos anteriores (Fragoso, 2014; Camilo, 2018), que se situava entre os 30 e os 40 anos. Relativamente ao objeto e metodologia selecionada para o desenvolvimento do estudo, considera-se que não foi encontrado um contexto de investigação exatamente igual, para poder servir de comparação e discussão, mas foi aqui resgatado um conjunto válido de ações cuidativas, assumidas como essenciais em estudos recentes, que serviram após análise e reflexão, para o que aqui se pretende, que é identificar Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), que possam ser assumidas como indicadores de qualidade aos cuidados do doente com VMNI.

Assim, e partindo do pressuposto da operacionalização da variável dependente - a sistematização ou repetição das ações - foi conseguida a identificação de oito IAE, com estatuto de Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), a partir do nível da consistência/ incidência executória, na prática clínica ao doente crítico com VMNI. E estas foram:

- “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência” (73,7%), como a ação com maior nível de consistência de execução, e que vem corroborar os resultados de Fragoso (2014), que defende e privilegia a avaliação prévia do estado de consciência do doente. Este deve estar minimamente vígil e colaborante, de forma a facilitar a adaptação e a tolerância à VMNI. Também no estudo de Camilo (2018), salienta a ação do enfermeiro, que inicialmente, deve fazer uma avaliação do estado geral do doente, do estado de consciência, dos reflexos da via aérea e do estado da pele, de modo a perceber a capacidade deste para colaborar com o procedimento;

- “as notas de enfermagem apresentam registo dos parâmetros hemodinâmicos” (71,1%), intervenção com elevado nível de consistência/ frequência de execução, e que vai de encontro ao documentado no estudo de Camilo (2018, pág. 28), “para que se possam vigiar algumas das alterações hemodinâmicas, causadas tanto pela IRA como pela VMNI, o doente deve estar sob monitorização cardíaca, e devem ser avaliados com frequência parâmetros tais como a TA, FR, a dor, a saturação periférica de O₂ (que deve manter-se entre 88-92%) e o padrão respiratório”. Estes valores permitem avaliar parâmetros fulcrais como, o esforço do doente e a eficácia da terapia. Também Fragoso (2014), no seu estudo, assume que a monitorização do doente permite a vigilância dos sinais vitais, facilitando a deteção de alterações relacionadas com a situação do doente no decorrer da VMNI;

- “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante” (65,8%), exemplifica a aplicação da recomendação científica, que aconselha o uso de um filtro antiviral e antibacteriano (filtro HEPA) e de um filtro HME. O filtro HEPA tem um papel importante para evitar a disseminação de bactérias e vírus através do ar e, conseqüentemente, de infeções. O filtro HME previne que o fluxo unidirecional seque as vias respiratórias superiores, diminui a resistência das vias respiratórias nasais e contribui para o aumento do conforto e tolerância à VMNI (Hess, 2013). Os resultados da presente investigação comprovam o cumprimento da recomendação nº 2/2021 da OE, que refere que na montagem de circuitos de VMNI, se deve utilizar um filtro HME, junto à saída expiratória e um filtro HEPA, na saída expiratória do ar para a atmosfera, de forma a uniformizar os procedimentos, melhorar as boas práticas e promover a segurança dos doentes;

- “a aferição do tamanho da interface é pertinente” (60,5%), quarta intervenção com maior nível de consistência executória, refere-se à escolha da máscara, assumida como intervenção praticada pelos enfermeiros, e que se assume com caráter determinante na eficácia do tratamento, e no conforto possível para o doente, uma vez que é a interface que permite a entrada do ar pressurizado, eficazmente, nas vias aéreas superiores. O nível de consistência/ frequência da ação, alcançada e verificada na presente investigação, corrobora a investigação de Fragoso (2014), que assume que a seleção da interface mais adequada ao doente, potencia a maximização dos resultados e influencia “a tolerância do doente à VMNI”. Também no estudo de Camilo (2018), se encontra, a alusão a que as interfaces mais utilizadas, são a máscara facial total ou a máscara oronasal, e que a escolha da mesma, deve ter em conta o tipo de insuficiência respiratória, o tipo de ventilador (circuito único ou circuito duplo, software de

compensação de fugas), a morfologia da face e crânio do doente, o grau de colaboração do mesmo, bem como o seu tipo de pele e possíveis alergias ao material utilizado (Camilo, 2018).

- A intervenção “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” (57,9%) corrobora as investigações anteriores, e de certo modo fundamentam os presentes resultados;

- A ação “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30°” (59,2%), assumidamente indicador sensível de qualidade, pela frequência de ser “Sempre” praticada, que vai de encontro às recomendações do estudo de Fragoso (2014), que refere que o doente deve ser posicionado a 45°, coadjuvando uma melhor expansão pulmonar e precavendo a distensão gástrica. Além deste autor, na sua investigação, Camilo (2018) menciona ainda que o doente deve ser colocado numa posição confortável, que lhe permita uma melhor expansão da caixa torácica e evite a obstrução da via aérea;

- O cuidado de enfermagem “é indicado o levante para o cadeirão” (53,9%), com um nível de consistência executória moderado, corrobora e é fundamentado pelas recomendações, que assumem que se o doente se mantém estável, e adaptado à terapia com VMNI, deve ser permitido o levante para o cadeirão. Ou em alternativa, sempre que o doente tolere, deve ser incentivado a sentar-se na cama (Camilo, 2018);

- O cuidado “a aplicação de vaselina nos lábios e a humedificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados” (40,8%) é a oitava intervenção mais executada, e assume algum poder de indicador sensível, e vem comprovar as guidelines (ACI, 2014, as cited in Camilo, 2018), que referem que a higiene corporal deve ser diária e cuidada, e a pele hidratada, sempre que o estado do doente permita. Este cuidado é particularmente essencial ao bem-estar subjetivo do doente, à visibilidade da componente atencional e emocional que a enfermagem pode vir a ter por parte do doente e familiares, e por isso de relevante pertinência para a profissionalidade e para o tecido humano da enfermagem.

Além de tudo o mais, esta ação vem corroborar as indicações clássicas e progressivamente apresentadas para os cuidados de conforto e de sensação de respeito, já que as normas cuidativas, assumem de que a higiene oral deve ser essencial, realizada com a frequência necessária, e com pasta dos dentes ou com clorhexidina a 0,2%, e os lábios devem ser mantidos hidratados com vaselina, já que as altas pressões exercidas pelo ventilador secam as mucosas, pelo que deve promover-se de forma sensível e ativa, este tipo de conforto ao doente. Para hidratação da mucosa oral podem utilizar-se cubos de gelo ou água, e na hidratação da mucosa conjuntival colírios ou soro fisiológico (ACI, 2014 as cited in Camilo, 2018). A aplicação de penso hidrocolóide facilita a adaptação do doente à interface, limita as fugas e previne lesões cutâneas. Também as próteses dentárias podem ser colocadas, se o estado de consciência do doente for compatível com a proteção da via aérea, de modo a diminuir fugas e aumentar a estabilidade da interface (Fragoso, 2014).

Também foi feito o estudo da relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, e pese embora não haja resultados disponíveis de outros estudos, exatamente nesta matéria, e com estas variáveis, importa pontuar, que foram obtidos valores estatísticos significativos em quatro intervenções, que se afiguram pertinentes para compreender o sentido e significado de como pode, cada um destes cuidados, ser refletido na praxis de enfermagem, e na atribuição de pertinência e sentido no que se refere aos profissionais de enfermagem.

Por exemplo, a “Formação específica” estabelece relação estatística com “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente” ($p=0,071$); com “são prestados os cuidados oculares”, ($p=0,072$); e ainda com “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” ($p=0,042$); e a atitude de enfermagem “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface”, estabelece relação com o “Tempo de serviço em SU/SMI” ($p=0,038$).

A existência de relações estatísticas significativas entre as variáveis, permitiu assumir, que estas intervenções identificadas pelos enfermeiros, como práticas de consistência executória relevante, no cuidado ao doente crítico com VMNI, poderão constituir-se como ISQ aos cuidados de saúde. Considera-se uma limitação neste estudo a reduzida disponibilidade de resultados nesta matéria de ISQ aos cuidados de enfermagem. Todavia, considera-se que estes procedimentos, conforme se vieram a expor, podem ser assumidos com estatuto de utilidade

prática e, portanto, utilizados na monitorização da qualidade de cuidados prestados ao doente com VMNI.

Conclusão

Por forma a responder à questão de investigação, foram reconhecidas as Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE), que podem ser consideradas Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ), na assistência ao doente crítico com VMNI, a partir dos resultados obtidos e conforme a seguir se expõe.

As IAE, no contexto deste estudo, identificadas com caráter de maior incidência executória, foram “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência do doente”; “as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”; “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”; “a aferição do tamanho da interface é pertinente”; “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30°”; “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”; “é indicado o levante para o cadeirão” e “a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados”. A elevada frequência destas ações traduz uma prática consistente de cuidados ao doente crítico com VMNI, percebida pelos enfermeiros, e que constitui um forte contributo para o aumento da qualidade dos mesmos, e o consequente ganho em saúde para o doente.

As oito IAE, na prática clínica ao doente crítico com VMNI, que assumem relevância na ação dos enfermeiros, pela sua consistente aplicação, configuram-se neste estudo como ISQ aos cuidados de saúde.

E destas há uma, “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”, que apresenta relação estatisticamente significativa com a variável “Formação específica”, indicando que quanto mais formação tiver o enfermeiro, nomeadamente na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica e/ou Enfermagem de Reabilitação, mais pertinência atribui a esta competência autónoma.

Contudo, foram ainda identificadas intervenções menos prevalentes na prática da amostra, o que não permite considerar as mesmas como potenciais ISQ aos cuidados de saúde.

O estudo das relações entre as IAE, e as variáveis sociodemográficas e profissionais, permitiu ainda verificar relação estatística significativa a 10% entre as ações: “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele” “são prestados os cuidados oculares” e a variável “Formação específica”; e relação estatística significativa a 5% entre a ação “a manutenção de próteses dentárias permite uma melhor adaptação à interface” e a variável “Tempo de serviço”. Interessa salientar, que no contexto do doente crítico com VMNI, as IAE devem ser ajustadas às necessidades reais do doente, serem seguras e precisas, de forma a garantir cuidados de qualidade, expetativa dos doentes e famílias.

A reflexão final sobre a investigação, realça que a prática de cuidados pelos enfermeiros, fundamentada na teoria, permite compreender melhor os fenómenos existentes, e consequentemente, estar mais preparados para prestar cuidados, de acordo com a complexidade das situações, e por forma a assegurar a qualidade e segurança na assistência ao doente crítico com VMNI.

O estudo teve presente a preocupação em desenvolver um trabalho metodológico rigoroso, ainda assim, assume-se que a aplicação exclusiva às equipas de enfermagem do SU e SMI, bem como o baixo número amostral, se apresentam como limitações à investigação. Sugere-se a sua replicação numa maior população de enfermeiros, para aceder a uma amostra mais abrangente e significativa, de forma a identificar as IAE que os enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica com VMNI, assumem como prática executória mais elevada. Estes dados irão permitir aceder a maior número de ISQ aos cuidados de saúde, em relação à prática de enfermagem na assistência ao doente crítico com VMNI, e ampliar a sua divulgação.

A reflexão acerca do tema tem por objetivo a divulgação de resultados refletidos, para a promoção de boas práticas, que facilitem a integração de novos enfermeiros, e assegurem cuidados de enfermagem ao doente com VMNI, promotores do sucesso da terapia.

O estudo remete ainda para a importância da elaboração de um protocolo de atuação, na terapia com VMNI, que dê relevância às IAE, na assistência ao doente crítico, e de encontro ao esperado para encontrar ISQ, que possam credibilizar, as ações de enfermagem, para a melhoria da saúde.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradece-se aos enfermeiros, pela dedicação aos doentes na sua singularidade.

Agradece-se ao Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, pelo contributo ao longo desta aquisição de competências.

Referências bibliográficas

Assembleia de República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto de Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I série, n.º 181. [lei_156_2015_segundaalteracaoestatutooe_set2015-1.pdf\(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Cabrini L., Brusasco C., Roasio A., Corradi F., Nardelli P., Filippini M., Cotticelli, V., Belletti, A., Ferrera, L., Antonucci, E., Redaelli, M., Lattuada, M., Colombo, S., Olper, L., Ponzetta, G., Ananiadou, S., Monti, G., Severi, L., Maj, G., Giardina, G., Biondi-Zoccai, G., Benedetto, U., Gemma, M., Cavallero, S., Hajjar, L., Zangrillo, A., Bellomo, R., Landoni, G. (2019). Non-invasive ventilation for early general ward respiratory failure (NAVIGATE): A multicenter randomized controlled study. Protocol and statistical analysis plan. *Contemporary Clinical Trials*. volume 78: 126 - 132. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.02.001>

Caironi, G., Gadda, G., Rossi, R., Bellone, A. (2016). Monitoring Patients During Noninvasive Ventilation: The Clinical Point of View. In: Esquinas, A. (eds) *Noninvasive Mechanical Ventilation*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21653-9_17

Camilo, Helena I. P. L. (2018). Cuidar do doente crítico submetido a ventilação não invasiva no Serviço de Urgência [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/23273>

Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1): 119–123. <https://doi:10.1016/j.colegn.2017.02.005>

D’Orazio, A., Dragonetti, A., Campagnola, G., Garza, C., Bert, F., & Frigerio, S. (2018). Patient Compliance to Non-Invasive Ventilation in Sub-Intensive Care Unit: An Observational Study. *Critical Care Nursing Journal*, 11(1): 1-11. <http://doi:10.5812/ccn.65300>

Ergan, B., Nası̇owski, J. & Winck, J. C. (2018). How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation?. *European Respiratory Review*, 27: 1-17. <https://doi.org/10.1183/16000617.0101-2017>

Fragoso, Sílvia M. C. C. (2014). Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com ventilação não invasiva num serviço de internamento. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=hAMpl7KA>

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2.ª série, n.º 187

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

Yesilbalkan, O., & Ozbudak, G. (2019). Noninvasive Mechanical Ventilation Related Some Complications: Patients Treating Intensive Care Unit. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2): 884-891.
http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/30_yesilbalkan_original_12_2.pdf

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O significativo avanço tecnológico, na medicina atual, continua a revelar que se desconhecem ainda todas as aplicações e limites das tecnologias, utilizadas no tratamento da insuficiência respiratória. 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.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico é bastante complexa, e exige um pensamento reflexivo e uma formação profunda, atualizada, articulada com a prática, por forma a que seja assertiva e sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber. A ação de enfermagem, na sua componente das intervenções autônomas, com rigor, segurança e qualidade, indica a prestação de cuidados geradores de uma maior eficácia, eficiência e efetividade.

Desta forma, é justificada a pertinência do estudo desenvolvido, na identificação das Intervenções Autônomas de Enfermagem (IAE) passíveis de se reconhecerem como Indicadores Sensíveis de Qualidade (ISQ) aos cuidados de saúde, ao doente crítico com VMNI.

Procedeu-se assim, de acordo com a metodologia de investigação, de modo a dar cumprimento aos objetivos, pela aplicação do instrumento de recolha de dados, que após a respetiva análise, permitiram aceder aos resultados expostos neste documento.

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, verifica-se que a amostra é maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (82,9%), com maior frequência no intervalo entre 36 a 45 anos de idade (n=39; 51,3%).

A variável formação específica dos enfermeiros foi operacionalizada, de acordo com o reconhecimento da OE, obtendo-se como respostas 20 enfermeiros como formação na área da enfermagem médico-cirúrgica (57,1%) e 10 com formação na área da enfermagem de reabilitação.

A variável tempo de experiência profissional em SU/SMI, permite observar 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.

Estas variáveis demonstraram relação estatística significativa com IAE, permitindo realçar o valor das IAE como ISQ aos cuidados de saúde.

As IAE, no contexto do estudo, identificadas com uma consistência executória mais elevada, foram “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência do doente”; “as notas de enfermagem apresentam registo de parâmetros hemodinâmicos”; “a utilização de filtro antibacteriano e humidificação é importante”; “a aferição do tamanho da interface é pertinente”; “o doente é posicionado no leito com cabeceira >30°”; “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente”; “é indicado o levante para o cadeirão” e “a aplicação de vaselina nos lábios e a humidificação da cavidade oral deve fazer parte do plano de cuidados”. A elevada frequência destas ações traduz uma prática consistente de cuidados ao doente crítico com VMNI, percebida pelos enfermeiros, e que constitui uma forte recomendação para se assumirem com ISQ, o que contribui para a uniformização de cuidados, e garante a excelência de cuidados prestados ao doente.

Com o presente relatório de estágio, pretendeu-se abordar as diferentes competências desenvolvidas, cujo objetivo principal foi contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa em situação crítica, em especial o doente crítico com VMNI, promovendo a melhoria contínua e a segurança dos cuidados, com base em evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia de República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto de Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I série, n.º181. [lei_156_2015_segundaalteracaoestatutooe_set2015-1.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- 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). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Cabrini L., Brusasco C., Roasio A., Corradi F., Nardelli P., Filippini M., Cotticelli, V., Belletti, A., Ferrera, L., Antonucci, E., Redaelli, M., Lattuada, M., Colombo, S., Olper, L., Ponzetta, G., Ananiadou, S., Monti, G., Severi, L., Maj, G., Giardina, G., Biondi-Zoccai, G., Benedetto, U., Gemma, M., Cavallero, S., Hajjar, L., Zangrillo, A., Bellomo, R., Landoni, G. (2019). Non-invasive ventilation for early general ward respiratory failure (NAVIGATE): A multicenter randomized controlled study. Protocol and statistical analysis plan. *Contemporary Clinical Trials*. volume 78: 126 - 132. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.02.001>
- Caironi, G., Gadda, G., Rossi, R., Bellone, A. (2016). Monitoring Patients During Noninvasive Ventilation: The Clinical Point of View. In: Esquinas, A. (eds) Noninvasive Mechanical Ventilation. *Springer*, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21653-917>
- Camilo, Helena I.P.L. (2018). Cuidar do doente crítico submetido a ventilação não invasiva no Serviço de Urgência [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/23273>
- Carvalho, Ana I.T. (2016). A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf

Delaney, L.J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1): 119–123. <https://doi:10.1016/j.colegn.2017.02.005>

Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Controlo de Infecção, Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea. <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/i013655.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a Segurança do doente. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacionalde-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016a). Plano Nacional de Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2016b). Eixo estratégico: Qualidade em saúde. [Plano Nacional de Saúde – Plano Nacional de Saúde \(dgs.pt\)](http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf)

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

- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos - Relatório 2017. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>
- D’Orazio, A., Dragonetti, A., Campagnola, G., Garza, C., Bert, F., & Frigerio, S. (2018). Patient Compliance to Non-Invasive Ventilation in Sub-Intensive Care Unit: An Observational Study. *Critical Care Nursing Journal*, 11(1): 1-11. <http://doi:10.5812/ccn.65300>
- Ergan, B., Nası̇owski, J. & Winck, J. C. (2018). How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation?. *European Respiratory Review*, 27: 1-17. <https://doi.org/10.1183/16000617.0101-2017>
- Fragoso, Sílvia M.C.C. (2014). Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com ventilação não invasiva num serviço de internamento. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=hAMpI7KA>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014 Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes). Diário da República, 2ª série, nº 153 <2067320678.pdf> (dre.pt)
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2.ª série, nº187 <0009600103.pdf> (dre.pt)
- Gomes, Noélia C.R.P. (2010). Cuidar do doente crítico nos diferentes contextos da prática: relatório de estágio. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa]. [cuidar do doente crítico nos diferentes contextos da prática - Citma \(yumpu.com\)](cuidar-do-doente-critico-nos-diferentes-contextos-da-pratica-Citma(yumpu.com))
- Guedes, V., Figueiredo, M. H., Novais, R., Cotrim, H. (2020). Perspetiva da família sobre as implicações do uso de ventilação mecânica não-invasiva em casa. *Suplemento digital Revista ROL Enfermagem*, 43(1): 140-145
- Magalhães, Carla, M.S. (2017). Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa].

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>

- Matos, Isilda, M.A. (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>
- Meleis, Afaf, I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. *Springer Publishing Company*.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio de 2015. 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>
- Moretto, F., Fracazzini, M., Verdina, F., Ferrante, D., Baino, S., Grossi, F., Castello, L., Cammarota, G., Balbo, P., Sainaghi, P., Campanini, M., Pirisi, M., Patti, G., Molin, A., Corte, F., Navalesi, P. & Vaschetto, R. (2022). One-Year Follow up of Noninvasive Respiratory Support in General Wards. *Respiratory Care*, 67(9): 1138-1146. <https://Doi:10.4187/respcare.09625>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017). [Observatório Nacional das Doenças Respiratórias \(fundacaoportuguesadopulmao.org\)](http://observatorio.nadp.org)
- 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. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 35/2019, série II. [0474404750.pdf \(dre.pt\)](http://dre.pt/0474404750.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/-/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>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros. 2021 AnuárioEstatísticos* [_00 Nacional.xlsx \(live.com\)](#)
- Pereira, J.; Sequeira, R.; Marques, M.; Oliveira, N. & Realista, S. (2016). Ventilação não-invasiva: opção terapêutica nos cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar. *Nursing Magazine Digital*: 1-14. <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-opcao-terapeutica-nos-cuidados-ao-doente-com-dispneia-em-contexto-pre-hospitalar/>
- Rocheta, J. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos [Dissertação de Mestrado de Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa] [RUN - Dissertação de Mestrado - Joana Rocheta.pdf \(unl.pt\)](#)
- 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). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 50 (2): 1-20. <https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>
- Sanchez D., Smith G., Piper A. & Rolls K. (2014). Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult patients with Acute Respiratory Failure: a clinical practice guideline. Agency

for Clinical Innovation NSW government Version 1, Chatswood NSW.
[ACI14_Man_NIV_1-2.pdf \(nsw.gov.au\)](#)

Unidade Local de Saúde do Nordeste (2013). Plano interno de emergência.
<http://www.ulsne.min-saude.pt/>

Wang T, Liu G, He K, Lu X, Liang X, Wang M, Zhu R, Li Z, Chen F, Ke J, Lin Q, Qian C, Li B, Wei J, Lv J, Li L, Gao Y, Wu G, Yu X, Wei W, Deng Y, Wang F, Zhang H, Zheng Y, Zhan H, Liao J, Tian Y, Yao D, Zhang J, Chen X, Yang L, Wu J, Chai Y, Shou S, Yu M, Xiang X, Zhang D, Chen F, Xie X, Li Y, Wang B, Zhang W, Miao Y, Eddleston M, He J, Ma Y, Xu S, Li Y, Zhu H & Yu X. (2017). The efficacy of initial ventilation strategy for adult immunocompromised patients with severe acute hypoxemic respiratory failure: study protocol for a multicentre randomized controlled trial (VENIM). *BMC Pulmonary Medicine*. 17(1): 127. <https://doi:10.1186/s12890-017-0467-6>

Yesilbalkan, O., & Ozbudak, G. (2019). Noninvasive Mechanical Ventilation Related Some Complications: Patients Treating Intensive Care Unit. *International Journal of Caring Sciences*. 12(2): 884-891. http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/30_yesilbalkan_original_12_2.pdf

ANEXOS

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: andreia.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 IDÔNEA EM VMNI

Esta secção apresenta uma série de questões, que serão respondidas através de uma escala (concordância, ronalógica). Leia a afirmação e sinalize o grau que considera adequada sendo que:1-Insuficiente, 2-Pouco eficiente, 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 / Consulte, 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)
 - 2.1.2. Relativamente à resposta anterior, gostaria de clarificar algo? _____

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

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 autônomas 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?”

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

3.2. “o doente o é informado sobre o tratamento e pedida a sua colaboração?”

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

3.3. “o doente é monitorizado de acordo com as recomendações?”

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

3.4. “o doente é posicionado no leito com cabeceira > a 30°?”

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

3.5. “a interface é selecionada de forma a adequar-se ao doente?”

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

3.6. “são prestados os cuidados oculares?”

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

3.7. “são prestados os cuidados nasais?”

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

3.8. “são prestados os cuidados orais?”

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

3.9. “as notas de enfermagem apresentam registo da vigilância da pele?”

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

3.10. “as notas de enfermagem apresentam registo dos parâmetros hemodinâmicos?”	1	2	3	4	5
3.11. “as notas de enfermagem apresentam registo do estado de consciência?”	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 levante 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 Autónomas 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
---	---	---	---	---

5.15. “a não melhoria das trocas gasosas até 4h após início da VMNI é preditor de insucesso?”

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

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 autónomas e/ou interdependentes" de enfermagem em VMNI?

não	sim
-----	-----

7.1. Se respondeu sim, identifique outras "ações autónomas" 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.

Anexo II – Parecer favorável da Orientadora Científica

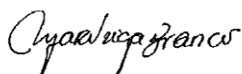


Para os devidos efeitos se declara, que o **Projeto de Investigação**: *“Intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes - Indicadores sensíveis de qualidade aos cuidados de enfermagem ao doente crítico com ventilação mecânica não invasiva”*, com o objetivo geral de Identificar as Intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, com estatuto de Indicadores sensíveis de qualidade aos cuidados de enfermagem, desenvolvidas em contexto do doente crítico, com ventilação mecânica não invasiva, bem como o respetivo Instrumento de Recolha de Dados em Anexo (Fernandes, Garcia & Veiga-Branco, 2022), se encontram de acordo com a Orientação Científica, sob responsabilidade da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, da ESSA, IPB.

Por ser verdade e ter sido pedido pelas mestrandas Andreia Filipa Gonçalves Fernandes, nº22029, e Susana Raquel Pinto Garcia, nº13566, estudantes do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, se declara que os documentos referidos, se aprovam com o propósito de solicitar parecer à Comissão de Ética da ULSNE sobre o Projeto de Investigação do Estudo a desenvolver e o respetivo Instrumento de Recolha de Dados.

Bragança, 25 de janeiro de 2022

Pela Equipa de Orientação Científica



Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Professora Coordenadora
aubra@ipb.pt

Maria Fátima Pereira Santos Domingues, PhD
Enfermeira Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, ULSNE
fatima.domingues@ulsne.min-saude.pt

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE

IdeN.º 42/2022

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



Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Presidente da Comissão de Ética



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

Despacho do P.C.A.:

Anexo IV - Comprovativo da submissão do artigo

The screenshot displays a web application interface for 'SERVIR'. The top navigation bar includes the text 'Servir', 'Tarefas 0', 'Português', 'Ver Site', and a user profile icon with the name '13566spgarcia'. The main content area is titled 'Submissões' and features a sidebar on the left with the 'SERVIR' logo and the text 'Submissões'. The main area has tabs for 'Minha Fila 1' and 'Arquivos', with an 'Ajuda' button. Below this is a section titled 'Minhas Designações' containing a search bar with the text 'Pesquisar' and a 'Nova Submissão' button. A list of submissions is shown, with the first entry having the ID '28108' and the author 'Garcia'. The submission title is 'Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva'. To the right of the title is a 'Revisão' button and a user icon with '2/3' next to it. A dropdown arrow is visible on the far right of the submission row.