

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

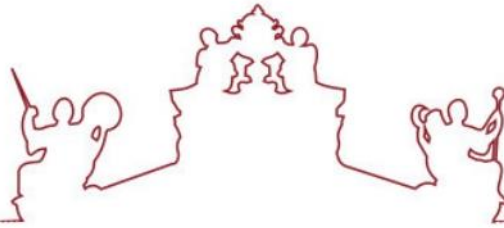
## **Ventilação Comprometida: Prevenção da Extubação Não Planeada na Pessoa em Situação Crítica**

Filipe Miguel Onofre Ramos

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

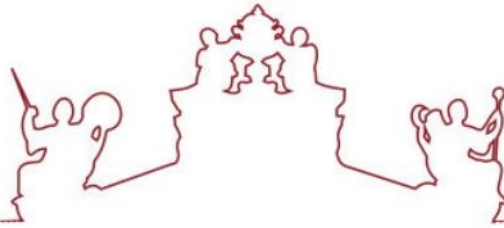
## **Ventilação Comprometida: Prevenção da Extubação Não Planeada na Pessoa em Situação Crítica**

Filipe Miguel Onofre Ramos

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora 2022





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

Presidente | Ana Sapeta (Universidade de Évora)

Vogais | Hugo Miguel Martins Alves Franco (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)  
Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

## AGRADECIMENTOS

Às Supervisoras Clínicas pelas várias oportunidades de aprendizagem, reflexão e momentos de partilha.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos pela forma como me acolheram.

Às Enfermeiras Gestoras por terem consentido a realização dos estágios nos seus serviços e dos projetos propostos.

À Professora Doutora Maria do Céu Marques pela disponibilidade e orientação demonstrada.

Por fim aos meus pais, amigos e colegas que me acompanharam nesta jornada, pelo seu apoio e paciência.

## RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, visa a formação de enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem nesta área de especialização. Neste âmbito surge o presente relatório que descreve, analisa e reflete sobre a componente teórico-prática dos estágios realizados num serviço de urgência e numa unidade de cuidados intensivos.

Focando a atuação do projeto de intervenção major na abordagem à pessoa em situação crítica com ventilação comprometida em cuidados intensivos, salientou-se a extubação não planeada como um evento adverso importante a prevenir.

Concomitantemente, realizou-se uma análise reflexiva do processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, e do Mestre em Enfermagem.

Assim, conclui-se que se contribuiu para uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura, bem como para uma reflexão do processo de aprendizagem e desenvolvimento de novas competências.

Palavras-chave: Segurança da Pessoa em Situação Crítica, Extubação Não Planeada, Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## **ABSTRACT**

Compromised Ventilation: Preventing Unplanned Extubation of the Person in a Critical Situation

The Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, Person in a Critical Situation, aims to train specialist nurses and masters in nursing in this area of specialization. In this context comes the present report that describes, analyzes and reflects on the theoretical-practical component of the internships carried out in an emergency service and an intensive care unit.

Focusing on the performance of the major intervention project in the approach to the person in a critical situation with compromised ventilation in intensive care, unplanned extubation was highlighted as an important adverse event to be prevented.

Concomitantly, a reflexive analysis was carried out on the competence acquisition process of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, Person in Critical Situation, and of the Master in Nursing.

Thus, it is concluded that it contributed to a safer nursing care provision, as well as to a reflection on the learning process and development of new skills.

Keywords: Safety of the Person in a Critical Situation, Unplanned Extubation, Medical-Surgical Nursing.

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES.....	LXX
Apêndice I – Cronograma .....	LXXI
Apêndice II – Artigo Científico .....	LXXIII
Apêndice III – Póster “Prevenção da Extubação Não Planeada na Unidade de Cuidados Intensivos” .....	LXXVI
Apêndice IV – Planeamento da Sessão de Formação na UCI.....	LXXVIII
Apêndice V – Póster “Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem Emergentes à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular” .....	LXXX
Apêndice VI – Planeamento da Sessão de Formação no SU .....	LXXXII

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS .....	LXXXIV
Anexo I - Certificado de Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	LXXXV
Anexo II - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos.....	LXXXVII
Anexo III - Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	LXXXIX



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - “Feixe de intervenções” da Prevenção da ENP .....	29
--	----

## LISTAGEM DE SIGLAS

AACN – *American Association of Critical-Care Nurses*

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção-Geral de Saúde

EA – Eventos Adversos

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica

ENP – Extubação Não Planeada

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PIC – Pressão Intracraniana

PIM - Projeto de Intervenção Major

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQCEEMC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL - Revisão Sistematizada da Literatura

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TOT – Tubo Orotraqueal

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. CONTEXTO CLÍNICO.....	15
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	17
2.1 Enquadramento Concetual e Teórico.....	18
2.2 Diagnóstico de Situação.....	24
2.3 Definição de Objetivos.....	25
2.4 Planeamento e Execução.....	26
2.5 Avaliação e Divulgação de Resultados.....	28
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	32
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem .....	33
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, e Mestre em Enfermagem.....	45
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

## INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, preconiza a realização de um relatório de estágio de natureza profissional que serve como a etapa final do processo formativo desenvolvido com o treino de aquisição das competências do enfermeiro especialista nesta área de especialização, tal como, das competências do mestre em enfermagem.

A enfermagem possui como objetivo principal, no âmbito das suas competências,

prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei nº 161/96, Diário da República, I Série, Nº 205 de 1996-09-04, p. 2960).

Com a relevância atual conferida aos cuidados de saúde, nomeadamente, aos cuidados de enfermagem, aos quais atribuem uma exigência técnica e científica, a diferenciação e a especialização destes profissionais tornam-se cada vez mais uma realidade (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06).

O enfermeiro especialista é, portanto, um profissional a quem foi reconhecido uma "competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)" (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4744). Com o desenvolvimento destas competências é possível demonstrar um "(...) conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)" (Regulamento nº 122/2011, Diário da República, II Série, Nº 35 de 2011-02-18, p. 8648).

Visto a competência se tratar de um conceito predominante no percurso de desenvolvimento do enfermeiro especialista importa, primeiramente, proceder à sua compreensão. A competência pode ser considerada como uma característica do ser humano, encontrando-se associada a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, contudo, quando associada à formação do indivíduo e suas experiências profissionais (Le Boterf, 1994), é definida como "(...) um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado" (Fleury & Fleury, 2001, p. 187). O processo de obtenção destas competências, segundo Benner (2005), carece da combinação das

experiências vivenciadas com a intuição, sendo que para se proceder ao seu crescimento e desenvolvimento recorre-se ao conhecimento empírico que, por sua vez, é o resultado da prática profissional adquirida ao longo do tempo juntamente com a experiência de situações num contexto real.

Neste sentido surgem os estágios profissionais como uma oportunidade para alcançar estas competências. Assim, estes foram realizados num Serviço de Urgência (SU) Polivalente e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do foro cirúrgico, ambos pertencentes a um centro hospitalar da região de Lisboa.

No estágio final, desenvolvido em contexto de cuidados intensivos, delineou-se um projeto de intervenção major (PIM). Através da identificação do diagnóstico “Ventilação Comprometida”, presente comumente nas pessoas internadas nesta tipologia de serviço, foi possível delinear a temática principal do projeto, que se focou na prevenção da extubação não planeada (ENP) tendo em conta as necessidades identificadas no serviço. Este foi elaborado de acordo com as etapas da metodologia de projeto e com base nos pressupostos do modelo teórico de sinergia da *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*.

Com a realização deste relatório, espera-se ver alcançado o objetivo geral de realizar uma reflexão relativa ao processo de aprendizagem e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica (EEEMCPSC), e do mestre em enfermagem, juntamente com a transposição da teoria para a prática em enfermagem especializada.

Os objetivos específicos definidos foram: descrever e relacionar conceitos-chave e teóricas que auxiliaram na concretização da intervenção major; explicitar as várias etapas da intervenção major e os seus resultados; enunciar as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências do EEEMCPSC e do mestre em enfermagem, com uma reflexão associada.

Relativamente à estrutura do relatório, este foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, é realizada uma breve descrição dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios. Seguidamente, no segundo capítulo, efetua-se um enquadramento concetual e teórico e descreve-se as etapas que constituíram o PIM, com apresentação e discussão dos resultados. No último capítulo, é realizada uma reflexão aprofundada de todas as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMCPSC e do mestre em enfermagem. Por fim, esboça-se a conclusão onde são descritas as aprendizagens retiradas da elaboração deste relatório, as dificuldades sentidas e a análise dos objetivos propostos, seguida das referências bibliográficas e apêndices/anexos.

A redação e formatação deste relatório foi realizada tendo em conta o acordo ortográfico português vigente e a sexta edição da norma de referência *American Psychological Association*.

## 1. CONTEXTO CLÍNICO

Como primeiro local de estágio foi selecionado um SU de um centro hospitalar da região de Lisboa. O SU tem como objetivo "a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar" (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p. 1) A escolha deste SU prende-se com o facto de ser um SU polivalente que é considerado como o "nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência (...)" (Despacho nº 10319/2014, Diário da República, II Série, Nº 153 de 2014-08-11, p. 20674), podendo existir uma maior oportunidade de prestação de cuidados a uma grande diversidade de pessoas em situação crítica possibilitando o desenvolvimento das competências do EEMCPSC.

O SU encontra-se dividido pelos seguintes setores: triagem, atendimento geral (suspensão temporariamente devido à pandemia por COVID-19), balcão geral, sala de aerossóis (transformada em sala de terapêutica de curta duração devido à pandemia por COVID-19), pequena cirurgia, balcão de trauma, sala de decisão clínica (onde as pessoas com situação clínica estável aguardam o resultado de exames clínicos ou efeito terapêutico), sala de reanimação e sala de observação.

A equipa de enfermagem existente neste serviço é chefiada por uma enfermeira gestora e é constituída por, sensivelmente, 120 enfermeiros agrupados em 5 equipas que são distribuídas todos os turnos pelas diversas unidades. Deste grupo de profissionais, 106 são enfermeiros de cuidados gerais e 14 são enfermeiros especialistas (na sua maioria pertencentes à especialidade de enfermagem médico-cirúrgica).

Relativamente ao estágio final, este foi realizado numa UCI do foro cirúrgico pertencente ao mesmo centro hospitalar do estágio anterior. A UCI encontra-se descrita como um espaço onde "(...) se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível" (Penedo et al, 2013, p. 61).

A UCI contém 8 camas de nível III, num modelo de *open space* com 2 quartos de isolamento. Recebe pessoas do SU, do Bloco Operatório, de qualquer especialidade de internamento do centro hospitalar e de outros hospitais, sendo que, a sua principal tipologia de cuidados centra-se na PSC que tenha sido intervencionada cirurgicamente (Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, entre outras).

Encontra-se munida de diversos equipamentos de diagnóstico, monitorização e terapêutica que o enfermeiro necessita de conhecer e dominar. Atendendo às

necessidades da PSC nos diferentes níveis de atuação/monitorização possíveis na UCI verifica-se o suporte dos principais sistemas vitais através de:

- Sistema neurológico: monitorização da pressão intracraniana; Índice bispectral uni e bilateral; doppler transcraniano; monitorização de oximetria cerebral (INVUS).
- Sistema respiratório: manutenção das vias aéreas através de entubação orotraqueal ou traqueostomia cirúrgica/percutânea; ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva; oxigenoterapia de alto fluxo; avaliação de capnografia; monitorização de oximetria contínua e monitorização gasimétrica; drenos torácicos; broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica.
- Sistema cardiovascular e renal: monitorização cardíaca contínua; monitorização invasiva e não invasiva da pressão arterial; monitorização hemodinâmica avançada por cateter de *Pulse Contour Cardiac Output*; técnicas contínuas de depuração/substituição renal.

Salienta-se ainda a existência de: carro de reanimação cardio-respiratória avançada; aparelho portátil para realização de raio-x na unidade; ecógrafos multiusos com sonda cardíaca, abdominal e vascular; monitorização de pressão intra-abdominal; técnicas endoscópicas digestivas; analgesia epidural por PCA (Analgesia Controlada pelo Paciente); equipamento portátil de suporte vital para transporte intra/inter-hospitalar.

A equipa de enfermagem encontra-se constituída por 28 enfermeiros e é chefiada por uma enfermeira gestora. Deste grupo de enfermeiros, 21 são enfermeiros de cuidados gerais e 7 são enfermeiros especialistas (2 pertencentes à especialidade de enfermagem médico-cirúrgica).

Face ao exposto este torna-se um local adequado para a implementação do projeto de intervenção bem como para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC.



## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

O presente capítulo serve o propósito de explorar o projeto de intervenção profissional desenvolvido ao longo do estágio final, intitulado “Ventilação Comprometida: Prevenção da ENP na PSC”. Este foi construído recorrendo às diretrizes da metodologia de projeto que assenta nas seguintes etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento e Execução; Avaliação e Divulgação de Resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Características como continuidade, dinamismo e flexibilidade encontram-se presentes nestas etapas, sendo que não se consegue considerar uma etapa como realmente concluída (Ruivo et al, 2010).

O planeamento em saúde encontra-se descrito como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21). Deste conceito surge a metodologia de projeto como uma forma de resolver os problemas identificados ao permitir a aquisição de conhecimentos e competências na construção de projetos com base em situações da vida real (Ruivo et al, 2010). Serve como uma integração da teoria na prática, uma prática com base em conhecimento teórico produzido com recurso a este tipo de metodologia (Ibidem, 2010).

Este projeto é indispensável para a aquisição de competências, uma vez que favorece o seu desenvolvimento através da previsão, orientação e preparação do percurso que os intervenientes irão fazer (Ruivo et al, 2010).

De forma a colocar em prática o que a metodologia de projeto apregoa torna-se essencial, primeiramente, realizar uma breve fundamentação concetual e teórica da referida intervenção, através da descrição e relação entre os vários conceitos-chave abordados por esta, assim como do modelo/teoria de enfermagem que deu suporte ao PIM, que se apresenta de seguida.

## 2.1 Enquadramento Concetual e Teórico

O direito à proteção da saúde é considerado, nos termos do artigo nº 64 da Constituição da República Portuguesa (1976), como um direito fundamental de qualquer cidadão. Para dar resposta a este direito essencial surge o Sistema Nacional de Saúde, um sistema regido por vários princípios, nomeadamente o da qualidade. Esta qualidade de cuidados é alcançada através do conhecimento adquirido na evidência científica e de um cuidado humanizado, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa, conforme estabelecido na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019, Diário da República, I Série, Nº 169 de 2019-09-04).

Qualidade em saúde encontra-se definida como a prestação de cuidados de saúde de um nível profissional ótimo tendo em conta os princípios da acessibilidade e equidade, e que satisfaça a interligação entre os recursos disponíveis e as necessidades, adesão e satisfação do cidadão que usufrui destes cuidados (Despacho nº 5613/2015, Diário da República, II Série, Nº 102 de 2015-05-27).

A segurança surge como um conceito indispensável quando se aborda a qualidade em saúde. A Direção-Geral de Saúde (DGS) em 2011 define segurança do doente como "a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável" (p. 21). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020 (Despacho nº 5613/2015, Diário da República, II Série, Nº 102 de 2015-05-27) entre as suas principais ações, atribui enfoque à melhoria da segurança dos cuidados de saúde, destacando o "Reforço da segurança dos doentes" (p. 13552), com particular visibilidade no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, Diário da República, II Série, Nº 28 de 2015-02-10), documento revisto e continuado para 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24).

Atribuída a devida relevância à qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, importa salientar que nos sistemas de saúde modernos encontra-se considerada como uma realidade a ocorrência de incidentes de segurança (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24). Para fazer face a esta situação, surge o reconhecimento de medidas a nível internacional e nacional de implementação de políticas e estratégias para reduzir estes incidentes, dos quais uma parte é evitável, de forma a influenciar positivamente os ganhos em saúde, constituindo, presentemente, uma aposta evidente nos cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24). Estes incidentes ou eventos adversos (EA), podem

ser descritos como “um incidente que resulta em dano para o doente” (DGS, 2012, p. 2).

Em Portugal o estudo mais recente que relata a prevalência dos EA foi efetuado entre os anos de 2000 e 2015, onde é possível verificar que nas 15 milhões de hospitalizações registadas no período em análise ocorreram EA em cerca de 860 mil (5,8% do total) e que existiu uma tendência crescente de ocorrência desde 2000 (Sousa-Pinto, Marques, Lopes & Freitas, 2018).

Como peça fundamental e imprescindível de um sistema de saúde moderno existem as UCI, que não são exceção à regra relativamente à ocorrência de EA no seu espaço de atuação. Neste local repleto de monitores e tecnologia avançada não se pode perder o foco no que é realmente importante, ou seja, na pessoa. Esta encontra-se descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2012) como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseado nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (p. 8). Contudo quando a sua “(...) vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19362) denomina-se de pessoa em situação crítica (PSC).

A UCI como ambiente de cuidados à PSC, sujeita à realização de inúmeros procedimentos invasivos através de vários tipos de tecnologia e equipamentos médicos, associado às peculiaridades clínicas da pessoa internada (Ribeiro, Silva & Ferreira, 2016), torna-se num local propício à ocorrência de EA.

Entre os EA enumerados na literatura científica, a ENP encontra-se descrita como um importante indicador de qualidade na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de VMI internada em contexto de UCI (Stalpers, De Vos, Van Der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2017; Rocheta, 2018).

A extubação orotraqueal é um procedimento que consiste na remoção do tubo orotraqueal (TOT) nas pessoas com necessidade de VMI (Parotto, Cooper & Behringer, 2020). A remoção deste dispositivo é uma intervenção que deve ser planeada e programada em equipa, contudo quando esse processo surge de forma não intencional seja por ação da pessoa (autoextubação), seja por ação de profissionais de saúde durante a prestação de cuidados (extubação acidental), denomina-se ENP (Ribeiro, Silva & Ferreira, 2016).

Os artigos científicos mais recentes apresentam taxas de prevalência de eventos como a ENP a nível mundial que evidenciam a magnitude desta problemática. As taxas mais elevadas foram reportadas em países como a China

(67,99%), Filipinas (18,85%) e Catar (12,15%) (Chao, Sung, Cheng et al, 2017; Uy et al, 2019; Mahmood et al, 2019). Nos restantes estudos que relataram a incidência foi possível verificar uma taxa com variação entre 0,59% e 3,97% (Lucchini et al, 2018; Kwon & Choi, 2017; Chao, Lai, Chan et al, 2017; Lin et al, 2019; Lee, Park & Chung, 2018; Hur et al, 2021; Danielis, Chiaruttini & Palese, 2018). Importa salientar que os vários estudos foram realizados em países com um contexto de desenvolvimento diferente, seja a nível económico ou do seu sistema de saúde, e que nenhum incide sobre a realidade portuguesa. Neste sentido, considera-se necessário o desenvolvimento de mais estudos para analisar a incidência de uma forma mais fiável e de estudos que incidam sobre a realidade portuguesa. De qualquer forma é possível afirmar que este EA representa um importante indicador de qualidade na prestação de cuidados à pessoa com VMI na UCI e que deve ser explorado pelas instituições de saúde.

Relativamente à diferenciação da ENP entre autoextubação e extubação acidental, foi possível constatar que a autoextubação foi a mais prevalente entre os dois tipos de ENP, representando uma taxa com valores entre 77,78% e 100% (Lucchini et al, 2018; Chao, Sung, Cheng et al, 2017; Lin et al, 2019; Uy et al, 2019; Mahmood et al, 2019).

Este EA, como o seu nome indica, traz à pessoa um dano considerável. Neste caso, uma destas complicações pode ser a colocação de um novo TOT (reentubação). De acordo com as amostras dos estudos analisados foi possível verificar uma taxa de reentubação pós ENP de 25,7% (Lucchini et al, 2018), o melhor resultado, para 71,96% (Chao, Sung, Cheng et al, 2017) e 75,62% (Kwon & Choi, 2017), os piores resultados. De acordo com Chao, Lai & Chan et al (2017) estas reentubações foram devido a, principalmente, uma falência de oxigenação, mas também devido a uma instabilidade hemodinâmica, presença de secreções e/ou obstrução da via aérea superior.

Outras complicações incluem o incremento do tempo necessário de VMI (Lucchini et al, 2018), o aumento do tempo de internamento na UCI e em contexto hospitalar (Kwon & Choi, 2017; Lee, Park & Chung, 2018; Mahmood et al, 2019), uma maior susceptibilidade de desenvolvimento de sepsis (Mahmood et al, 2019), bem como de insuficiência respiratória aguda e eventos cardiovasculares (Uy et al, 2019).

Quanto à mortalidade pós ENP, pode-se verificar uma taxa de mortalidade entre 0 a 24,22% (Lucchini et al, 2018; Chao, Sung, Cheng et al, 2017; Lin et al, 2019; Uy et al, 2019). Hur et al (2021), embora sem dados concretos no seu estudo, refere que existe um maior risco de mortalidade e de reentubação, comparando as ENP com as extubações planeadas.

Devido ao número crescente de situações em que a falência ou risco de falência de funções vitais, nomeadamente da ventilação, como é possível verificar anteriormente, possibilitam o aumento do risco de mortalidade da pessoa se não forem executadas intervenções com vista à sua prevenção num espaço de tempo adequado (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26).

Face ao exposto importa compreender primeiramente de que forma pode surgir este EA. A maioria dos artigos científicos consultados analisam as variáveis associadas à ENP, que compreendem os fatores de risco, sendo considerados aspetos importantes a ter em conta para a deteção precoce de uma situação potenciadora de ENP. Vários fatores de risco foram descritos nos artigos analisados, elencando nomeadamente: sexo masculino (Chao, Sung & Cheng et al, 2017; Kwon & Choi, 2017; Lin et al, 2019; Uy et al, 2019; Hur et al, 2021); idade superior a 60 anos (Chao, Sung & Cheng et al, 2017; Kwon & Choi, 2017; Lin et al, 2019; Mahmood et al, 2019); pessoas em situação de desmame de sedação e de desmame ventilatório (Lucchini et al, 2018; Chao, Lai, Chan et al, 2017); pessoas em situação desfavorável a nível respiratório antes da ENP, por exemplo com polipneia ou submetida a uma modalidade ventilatória controlada (Chao, Sung & Cheng et al, 2017; Kwon & Choi, 2017; Lin et al, 2019); score na escala de *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* elevado, traduzindo uma situação clínica grave e risco de mortalidade elevado (Chao, Sung & Cheng et al, 2017); score na escala de Glasgow elevado e baixo na escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (Lee, Park & Chung, 2018; Mahmood et al, 2019); pessoas em situação de uremia e cirrose hepática (Chao, Sung & Cheng et al, 2017); pessoa com dor (Kwon & Choi, 2017) ou nível de ansiedade elevado (Lin, Chao & Lin, 2017); pessoa com força motora mantida (Kwon & Choi, 2017; Lee, Park & Chung, 2018); contenção física desadequada (Lin et al, 2019; Mahmood et al, 2019; Hur et al, 2021); carga de trabalho elevada do enfermeiro (Kwon & Choi, 2017); e turno da noite (Kwon & Choi, 2017; Uy et al, 2019; Hur et al, 2021).

Avaliados os fatores de risco, importa averiguar que tipo de intervenções pode evitar a ENP. Os profissionais de saúde foram os visados, como instrumento fundamental, para melhorar os índices de ENP em contexto de cuidados de saúde, neste caso, em UCI. De entre os profissionais mencionados salientam na sua maioria a equipa de enfermagem como figura importante para a prevenção da ENP, explorando de que forma a sua atuação pode contribuir para a resolução desta problemática. Esta requer uma equipa de enfermagem qualificada no atendimento dos vários contextos da prática clínica à pessoa/família em situação crítica (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26).

Assim, o EEEMCPSC “assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade” (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26, p. 17241) fazendo face ao aumento da complexidade dos contextos, situações/necessidades de saúde da PSC, bem como, da exigência do cumprimento dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde (Ibidem, 2015).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à PSC orientam-se por padrões de qualidade estipulados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26). Um dos seus enunciados descritivos foca-se na prevenção de complicações, ou seja, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26, p. 17242).

Dado ao que foi explanado anteriormente, pode-se verificar que a ENP tem uma implicação direta na segurança da PSC, e sendo a criação de um ambiente terapêutico seguro uma competência comum da enfermagem especializada (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06), torna-se importante determinar de que forma estes profissionais podem prevenir a ENP através das suas intervenções de enfermagem.

De forma a sustentar o processo de pensamento em enfermagem torna-se necessário encontrar um modelo/teoria de enfermagem que sustente a sua ação. Neste sentido, surgiu o Modelo de Sinergia da AACN que fundamentou o PIM. Este foi criado em 1996 pela AACN com o objetivo de servir como estrutura para a certificação das competências dos enfermeiros que exercem funções em UCI (Hardin & Kaplow, 2017).

O modelo de sinergia da AACN enquadra-se na descrição de uma teoria de médio alcance, pois é um conjunto de ideias que diretamente relacionam o conhecimento teórico com a prática e que incidem numa área de atuação mais restrita diretamente relacionada com a enfermagem (Smith & Liehr, 2014), neste caso em contexto de cuidados intensivos.

Pressupõe-se que com a perceção das necessidades e características da pessoa internada e sua família como instrumento de orientação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, possa surgir a sinergia descrita pela AACN, que se traduz em melhores ganhos em saúde (Hardin & Kaplow, 2017). Assim, é exigido ao enfermeiro um maior ou menor grau de proficiência nas suas

competências, de acordo com o nível de complexidade e compromisso do estado de saúde da pessoa a seu cuidado (Ibidem, 2017).

Face ao exposto, este modelo apresenta três elementos fundamentais: as características da pessoa internada, as competências do enfermeiro e os ganhos em saúde (Hardin & Kaplow, 2017).

Considerando que cada pessoa apresenta o seu leque individual de características, encontram-se descritas oito características usualmente associadas à PSC que se traduzem em necessidades específicas, nomeadamente a Previsibilidade, a Resiliência, a Vulnerabilidade, a Estabilidade, a Complexidade, Disponibilidade de Recursos, a Participação no cuidado e na tomada de decisão (Hardin & Kaplow, 2017).

Uma vez identificadas as necessidades individuais da PSC, torna-se imprescindível determinadas competências dos enfermeiros para lhes dar a adequada resposta, que traduzem o seu conhecimento e experiência profissional, designadamente, o Advogar e o agir moral/ético, Pensamento sistémico, Facilitação da aprendizagem/ensino, Prestação de cuidados, Julgamento clínico, Colaboração/trabalho em equipa, Resposta à diversidade e Indagação clínica (Hardin & Kaplow, 2017).

Os ganhos em saúde, através deste modelo, são avaliados de acordo com seis indicadores de qualidade relacionados com a satisfação das pessoas internadas, adesão ao plano terapêutico, duração do tempo de internamento, taxa de EA, complicações e mortalidade (Hardin & Kaplow, 2017).

Apesar das várias teorias/modelos existentes das quais a intervenção do EEEMCPSC pode basear a sua atuação, o tema do PIM enquadra-se perfeitamente no Modelo de Sinergia da AACN. Este modelo apresenta uma adaptação clara à PSC e os seus indicadores de qualidade encontram-se inteiramente integrados na fundamentação do PIM e nos seus resultados relativamente à qualidade e segurança em saúde.

## 2.2 Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, é caracterizada como sendo “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo et al, 2010, p. 10). Este pode ser elaborado recorrendo a vários instrumentos de diagnóstico como, por exemplo, os métodos de análise de situação como a entrevista e o questionário, alicerçados à observação (Ibidem, 2010). O diagnóstico efetuado tem como premissas ser algo bem desenvolvido, sucinto e claro de forma a ser compreendido facilmente por todos (Imperatori & Giraldes, 1993), com resultados que evidenciem benefícios ao longo do tempo (Ruivo et al, 2010).

Através destes instrumentos pode-se verificar as necessidades experienciadas pela população estudada. Ruivo et al (2010) consideram que “o conceito de necessidade envolve as noções de causalidade e de evolução prognóstica. As necessidades podem ser classificadas em reais, quando determinadas pelos profissionais, e ainda em expressas e não expressas” (p. 11).

No início do estágio final realizou-se um levantamento de potenciais problemas no serviço através de uma entrevista não estruturada com a enfermeira gestora e supervisora clínica, da consulta das normas existentes, observação direta da prática de cuidados de enfermagem e das necessidades específicas apresentadas pelas pessoas internadas neste tipo de serviço.

Primeiramente foi proposto o desenvolvimento de um projeto relacionado com o traumatismo vertebro-medular (TVM), tendo esta temática sido motivada pela experiência anterior com este tipo de problemática no estágio em SU e pelo interesse próprio na área. Contudo, relativamente à casuística do serviço, o tipo de trauma que as pessoas internadas apresentavam eram relativamente à região crânio-encefálica e raramente encaminhavam as pessoas com TVM para este serviço, optando por outros centros hospitalares com mais valências nesta área específica. Face ao exposto, existiu uma necessidade de voltar ao esboço desenhado inicialmente e voltar a realizar um novo diagnóstico.

Após passado um período na prestação de cuidados à PSC verificou-se que na criação do seu plano de cuidados, existia um diagnóstico comumente identificado, o da Ventilação Comprometida, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2016). Como foi explanado no subcapítulo anterior, a PSC encontra-se, muitas vezes, com esta necessidade comprometida carecendo do apoio de um dispositivo respiratório para mantê-la. Sendo assim, procurou-se fundamentar este pensamento com pesquisa bibliográfica sobre a temática. Esta atribuiu uma perceção real sobre uma



problemática específica neste tipo de situações, a ENP. Recorrendo ao pensamento do enfermeiro na construção de um plano de cuidados em enfermagem como um percurso entre o diagnóstico definido e o resultado esperado, utilizando as intervenções de enfermagem como meio para a sua concretização, definiu-se o foco de intervenção como sendo a prevenção da ENP para possibilitar almejar o resultado esperado de Ventilação Normal (OE, 2016) sem complicações acrescidas.

Posteriormente, foi necessário realizar uma nova entrevista não estruturada com a enfermeira gestora e supervisora clínica, que trouxe a consciência da relevância da temática para as necessidades específicas do serviço. Desta entrevista verificou-se que a taxa de ENP neste serviço é considerada baixa, tendo ocorrido no ano de 2021 apenas 3 casos. Coincidentemente, em janeiro de 2022, uns dias antes da realização da formação sobre a temática, ocorreu a primeira ENP deste ano.

A pessoa que sofreu a ENP partilhava alguns dos fatores de risco identificados no subcapítulo anterior. Pessoa do sexo masculino, em processo de desmame de sedação e de desmame ventilatório (sendo que já tinham sido realizadas outras tentativas mas sem sucesso uma vez que a agitação psicomotora não favorecia uma adequada ventilação), com score na escala de Glasgow elevado e força motora mantida. O evento decorreu no turno da noite sendo o turno com maior taxa de ocorrência de ENP de acordo com a evidência científica. As intervenções de enfermagem descritas em processo clínico foram a identificação do nível de agitação e dor através de escalas validadas verificando níveis elevados em ambas, administração de terapêutica analgésica prescrita e informada equipa médica, otimizada contenção mecânica (que previamente já se encontrava colocada).

Concluída a definição do diagnóstico de situação, coube delinear objetivos que se apresentam de seguida.

### **2.3 Definição de Objetivos**

Os objetivos como “ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento” (Ruivo et al, 2010, p. 18) podem-se dividir em geral e específico. Objetivos “claros, de linguagem precisa, e concisa, em número reduzido, realizáveis, mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ibidem, 2010, p. 19), e centrados na resolução de um problema detetado (Vilelas, 2017).

De forma a alcançar a sinergia descrita pela AACN (Hardin & Kaplow, 2017) entre as competências do enfermeiro e das necessidades da PSC com ventilação

comprometida, foi definido como objetivo geral: contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem segura, com base na evidência científica, na prevenção da ENP na PSC com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos.

Neste seguimento, os objetivos específicos são:

- Realizar uma revisão sistematizada da literatura (RSL) sobre a temática almejando compreender as intervenções de enfermagem;
- Elaborar um documento de apoio em formato de póster científico com os resultados encontrados;
- Divulgar o documento através de uma sessão de formação em serviço para a equipa de enfermagem.

Com os objetivos definidos, considera-se possível seguir para a próxima etapa.

## **2.4 Planeamento e Execução**

A etapa do planeamento compreende a elaboração de um plano que explicita a metodologia de pesquisa, os recursos necessários e as atividades a desenvolver com recurso a um cronograma que vão de encontro aos objetivos estipulados no PIM (Fortin, 1999; Ruivo et al, 2010).

Após concluída a fase do planeamento, entra-se na próxima etapa, denominada de execução, onde se procura a concretização de todo o planeamento da fase anterior (Ruivo et al, 2010). Assim, entende-se por execução como "uma praxeologia que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a acção e a sua eficácia, isto se considerarmos que a execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência" (Ibidem, 2010, p. 23).

Primeiro, foi apresentado o projeto de intervenção junto da enfermeira gestora, da supervisora clínica e da docente orientadora que prontamente aprovaram a sua concretização e consideraram como pertinente no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados e que contribuiria para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Seguidamente elaborou-se um cronograma de atividades (Apêndice I) com base no diagnóstico de situação e objetivos definidos, planificando as atividades a desenvolver e as metas a alcançar, tendo em conta os recursos necessários.

Relativamente ao primeiro objetivo "Realizar uma RSL sobre a temática", foram delineadas as seguintes atividades:

- Execução da RSL de acordo com a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI);

- Análise dos resultados da revisão com a supervisora clínica e docente orientadora;

- Construção de um artigo científico (Apêndice II) com base na RSL.

A síntese da evidência científica é uma ferramenta necessária para o avanço da investigação que carece de uma peritagem na área, uma vez que todos os dias os profissionais de saúde e investigadores têm acesso a quantidades astronómicas de informação encontradas em diversas fontes de pesquisa (Apóstolo, 2017). Os profissionais de saúde na prestação de cuidados diretos atribuem como complexo uma atualização contínua sobre todos os desenvolvimentos na sua área de especialidade no que diz respeito à evidência científica, e poucos têm a possibilidade de realizar uma RSL (Pearson et al, 2014). A RSL surge como uma oportunidade de aplicar uma metodologia de investigação mais célere e, embora seja considerada como secundária, é referida como um modelo na síntese de evidências (Higgins & Green, 2011; JBI, 2014). Assim, para oferecer suporte no desenvolvimento destas metodologias algumas organizações como o JBI desenvolveram instrumentos para facilitar a síntese da evidência (Apóstolo, 2017), motivo pelo qual foi selecionada esta metodologia para a realização da RSL.

De forma a alcançar o segundo objetivo "Elaborar um documento de apoio em formato de póster científico com os resultados encontrados", as estratégias adotadas foram:

- Criação de um póster de natureza científica (Apêndice III) que reflita a pertinência, metodologia e resultados obtidos da RSL;

- Análise da proposta do documento com a supervisora clínica e docente orientadora;

- Apresentação da proposta do documento à enfermeira gestora;

- Revisão do documento de acordo com as alterações sugeridas;

- Entrega do documento à enfermeira gestora.

De forma a iniciar a transferência de evidências expectável após a conclusão da RSL, ou seja, "o ato de deslocação das evidências sintetizadas para os profissionais de saúde, unidades e sistemas de saúde" (Apóstolo, 2017, p. 12), esta pode ser efetuada através de publicações em revistas científicas e de momentos formativos (Ibidem, 2017). Deve ser considerada mais do que apenas a distribuição da informação recolhida, devendo incluir a identificação do público-alvo e métodos de transferência que sejam facilmente compreensíveis ajustados ao contexto e às necessidades formativas (Ibidem, 2017).

No seguimento, quanto ao terceiro, e último, objetivo "Divulgar o documento através de uma sessão de formação em serviço para a equipa de enfermagem", concretizaram-se as seguintes atividades:

- Planificação da sessão formativa (Apêndice IV), validando com a supervisora clínica e docente orientadora;
- Agendamento da sessão de formação com a enfermeira gestora e supervisora clínica;
- Divulgação da sessão de formação na equipa de enfermagem;
- Realização da sessão de formação em serviço intitulada "Prevenção da ENP na UCI";
- Avaliação da sessão formativa através do questionário preconizado pela instituição para sessões de formação.

Por fim, os recursos necessários foram divididos em duas categorias: humanos e materiais. Quanto aos recursos humanos foram necessários a equipa de enfermagem da UCI, supervisora clínica, enfermeira gestora e docente orientadora. Os recursos materiais e técnicos utilizados foram: sistema informático, bases de dados de pesquisa electrónica, impresso do póster científico e questionários preconizados pela instituição relativamente a momentos formativos em serviço.

## **2.5 Avaliação e Divulgação de Resultados**

Servindo como o término da metodologia de projeto, a avaliação, "(...) deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)" (Ruivo et al, 2010, p. 24).

O indicador de avaliação definido para o primeiro objetivo "Realizar uma RSL sobre a temática" foi apresentar, em formato de artigo científico, a revisão efetuada.

De acordo com a metodologia de JBI, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados da EBSCO e B-on com o intuito de alcançar o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que previnam a ENP da PSC com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos.

A questão de investigação formulada teve por base o método PICOD (Problema/população/participantes – Pessoa com Ventilação Comprometida; Intervenção – Prevenção da ENP; Comparação/contexto – UCI; *Outcomes* – Intervenções de Enfermagem; Desenho do estudo - Quantitativo; Qualitativo).

Os critérios de inclusão considerados para a seleção dos artigos pesquisados foram: artigos que respondam à questão de investigação; estudos disponíveis em texto completo com idioma em português ou inglês; estudos com data de

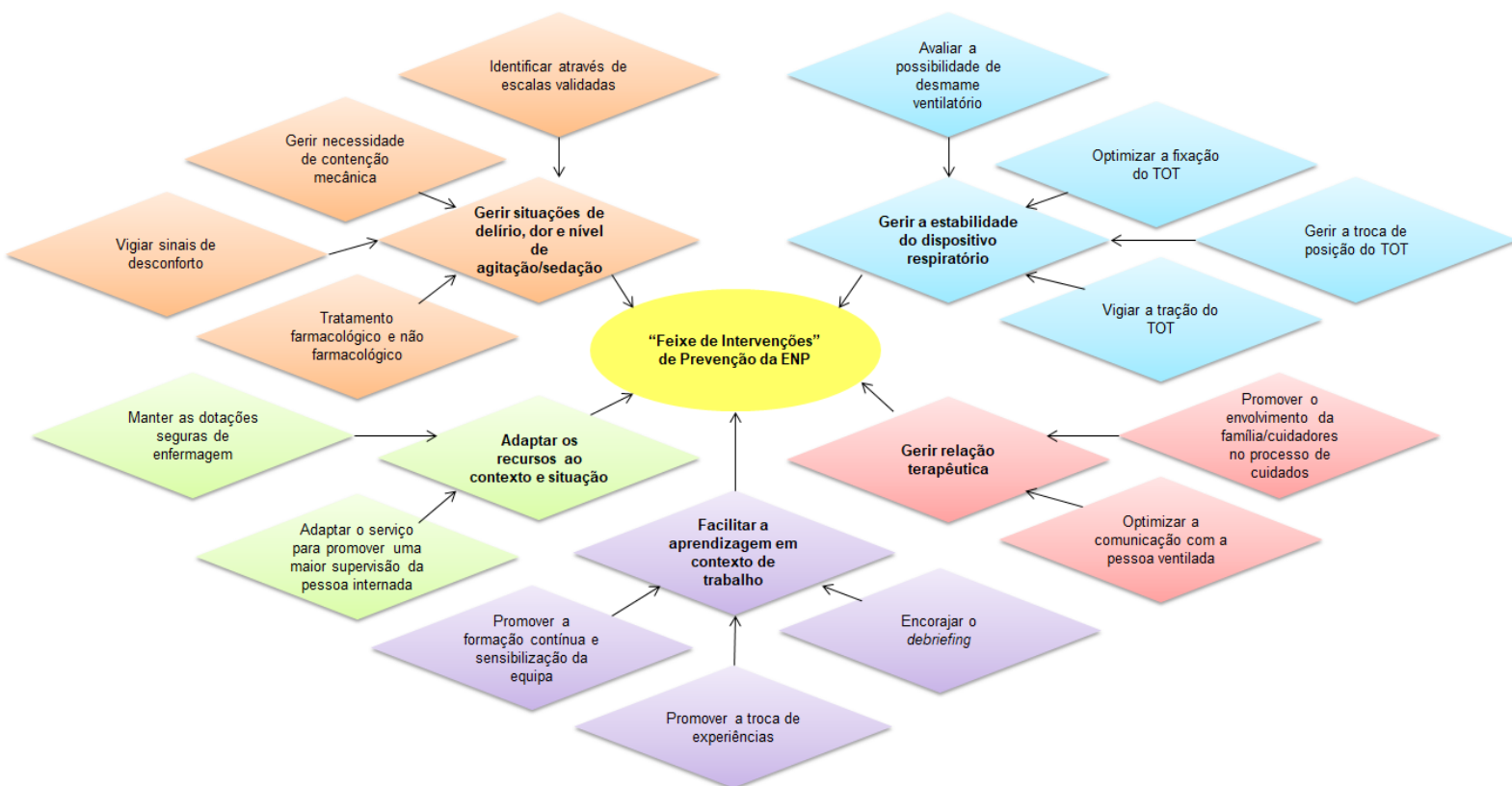
publicação entre 2016 e 2021. Quanto aos critérios de exclusão, não foram considerados os artigos cuja temática e problemática não se incluíssem no objetivo da revisão. Foram ainda excluídos todos os artigos sem metodologia científica (ex. artigos de opinião) e RSL.

A seleção dos descritores utilizados teve por base a validação nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), nomeadamente, *Airway Extubation AND Nurs\* AND Intensive Care Unit*.

Após a avaliação crítica dos artigos, metodológica e nível de evidência, utilizando os instrumentos de JBI (2013; 2021), resultaram 12 artigos que serviram de matriz à sistematização das intervenções de enfermagem relativamente à temática em estudo.

Agregando as principais intervenções referenciadas pelos estudos selecionados num esquema baseado no algoritmo dos feixes de intervenção da DGS (2015a) surgiu a figura apresentada de seguida.

Figura nº1 - “Feixe de intervenções” da Prevenção da ENP



(Fonte: Do próprio)

Torna-se relevante mencionar que as intervenções apresentadas relacionam-se diretamente com as competências do enfermeiro que exerce as suas funções numa UCI definidas pela AACN (Harlow & Kaplow, 2017).

A RSL foi analisada pela supervisora clínica e docente orientadora que deram o seu contributo através de sugestões de alterações que foram efetuadas, tornando a RSL mais enriquecedora.

Na possibilidade de uma publicação futura do artigo científico, encontra-se apenas o resumo deste no Apêndice V. Assim, considera-se que o indicador de avaliação foi superado.

O segundo objetivo “Elaborar um documento de apoio em formato de póster científico com os resultados encontrados”, tinha como indicador de avaliação apresentar o póster científico na sua versão final validada pela supervisora clínica, enfermeira gestora e docente orientadora.

Um póster científico é uma comunicação que utiliza texto e imagem, numa única folha impressa e direcionada a um público constituído pelos pares do apresentador. Serve como forma de transmitir informação, sem provocar cansaço e permite uma experiência agradável do ponto de vista estético. Alicerçado a técnicas de exposição oral provoca o interesse do leitor em interagir com o autor (Aguiar, 2019). Neste contexto considerou-se vantajoso optar por esta forma de comunicação para uma sessão de formação entre pares.

Inicialmente foi elaborado uma versão protótipo do póster de carácter científico apresentando os resultados obtidos da RSL. Após análise da supervisora clínica e docente orientadora, foram recolhidas sugestões e alterado o póster culminando na sua versão final. Esta versão foi apresentada à enfermeira gestora que aprovou o conteúdo e modo de apresentação do documento, dando o seu avale para que seja realizada uma sessão de formação à sua equipa. Após a sessão de formação foi disponibilizado este documento à enfermeira gestora que irá avaliar o local mais adequado para a sua exposição e consulta. Neste sentido, conclui-se que o indicador de avaliação foi concretizado.

Como indicador de avaliação relativamente ao terceiro objetivo “Divulgar o documento através de uma sessão de formação em serviço para a equipa de enfermagem” foi definido como a presença na formação de, pelo menos, 50% da equipa de enfermagem. Tendo esta premissa em consideração, assistiram ao momento formativo 15 enfermeiros, 53,6% da totalidade da equipa de enfermagem (28 enfermeiros), cumprindo com o indicador proposto.

Para permitir alcançar o maior número de pessoas presente na sessão de formação, esta foi efetuada três vezes e o momento elegido para a sua realização foi após a passagem de turno, uma vez que se encontram reunidos enfermeiros de dois turnos diferentes.

Seguindo a planificação prévia do momento formativo (Apêndice IV) foi efetuada uma apresentação do tema e dos objetivos da sessão, definido o conceito

de ENP e da pertinência da temática em contexto de cuidados intensivos, apresentado os resultados da pesquisa efetuada com foco nas intervenções de enfermagem à PSC com ventilação comprometida, e por fim, uma síntese dos conteúdos com espaço para esclarecimento de dúvidas e/ou questões. Importa destacar que durante a sessão foi possível apresentar uma amostra de um dos instrumentos de fixação do TOT enunciado na RSL, o *Anchor Fast Guard*, à equipa de enfermagem permitindo a reflexão e debate sobre o melhor método de fixação do TOT, tornando este momento mais enriquecedor no que toca à partilha de conhecimento e experiências.

Após a sessão solicitou-se aos elementos presentes o preenchimento do questionário de avaliação da formação preconizado pela instituição. De acordo com as instruções do centro de formação do centro hospitalar, os questionários ficaram em posse da enfermeira responsável pela formação na UCI pelo que até ao momento da conclusão deste relatório os dados ainda não tinham sido operacionalizados. No entanto ressalva-se que a equipa de enfermagem atribuiu uma apreciação positiva ao momento formativo considerando pertinente para a melhoria da sua prática de cuidados.

Posteriormente deve-se proceder à divulgação dos resultados onde se procura difundir o caminho percorrido para a resolução do problema identificado e da pertinência do estudo efetuado. Esta tem como objetivo transmitir a informação ao público e assim promover o retorno desta para que seja possível a adaptação dos conteúdos apresentados, bem como a sua utilização e adaptação a outros setores (Ruivo et al, 2010).

Neste contexto, a realização deste relatório de estágio, compreende um método de divulgação do processo de desenvolvimento do PIM, estimando-se que com a sua publicação no repositório científico da Universidade de Évora se torne um recurso disponível ao público. Este tipo de divulgação pode ser considerado como um “meio eficaz e barato de divulgar os resultados de um projeto” (Ruivo et al, 2010, p. 31) através de uma grande plataforma repleta de informação para quem tiver interesse na temática desenvolvida.

Face ao exposto, considera-se como cumprido o objetivo de contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem segura, com base na evidência científica, na prevenção da ENP na PSC com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos.

### 3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Uma análise reflexiva encontra-se associada a uma aprendizagem construtivista, relacionando o presente com a revisão do passado para permitir alcançar o futuro (Pereira-Mendes, 2016), ou seja, “permite-se que o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento” (Ibidem, 2016, p. 3).

Assim, a reflexão serve como uma ferramenta essencial para o enfermeiro na sua prática clínica. Esta permite que identifique “as preocupações que organizam a história (...) as noções do que é correto (...), as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14).

O futuro enfermeiro especialista deve almejar ser um profissional que, para a sua tomada de decisão, apresenta um pensamento crítico com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica, de modo a apoiar a sua prática.

Deste modo, este terceiro capítulo, traduz-se numa análise complementada por uma reflexão sobre as competências associadas ao EEEMCPSC presentes no Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06) e Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16) efetuando a interligação com as de mestre em enfermagem que se enquadram no Decreto-lei nº 65/2018 (Diário da República, II Série, Nº 157 de 2018-08-16) encontrando-se de acordo com o parecer positivo do documento submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora, 2015).

Estas competências descritas encontram-se diretamente relacionadas com as competências do Modelo de Sinergia da AACN, modelo teórico que ofereceu suporte à atuação do mestrando.

Importa salientar que com a obtenção das competências explanadas neste capítulo, consideram-se como alcançadas as seguintes competências do mestre em enfermagem:

“4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; (...)

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



### **3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem**

Competências comuns dizem respeito às competências que todos os enfermeiros especialistas partilham entre si e que são "(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4745). Estas encontram-se agrupadas em quatro domínios diferentes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ibidem, 2019).

---

#### **A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

##### Competência de enfermeiro especialista:

"A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; (...)

A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4746).

##### Competência de mestre em enfermagem:

"3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais" (Universidade de Évora, 2015, p. 24).

---

O enfermeiro dispõe de autonomia própria para a tomada de decisão no contexto da sua prática de cuidados, pelo que existe um Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) incorporado nos Estatutos da OE (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16) que engloba princípios e valores da sua prática profissional. Deste modo, a ética e a deontologia em enfermagem surgem como guias orientadores da ação que permitem tomar decisões em consciência e em responsabilidade, sendo esta algo intrínseco ao papel que o enfermeiro assume perante a sociedade decorrente de um compromisso profissional de cuidado humano (Nunes, 2008).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) "(...) os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e

atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/1996, Diário da República, I Série, Nº 205 de 1996-09-04, p. 2961). Assim, e tal como espelhado no artigo 99º dos Estatutos da OE, as intervenções de enfermagem devem compreender “(...) a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16, p. 8078).

Também o Modelo de Sinergia da AACN salienta o Advogar e Agir Moral/Ético como uma das competências essenciais para dar uma resposta adequada às necessidades sentidas pela PSC, identificando e servindo como recurso na resolução de situações com dilemas éticos (Hardin & Kaplow, 2017), concordando com os pressupostos identificados previamente.

Desta forma, a prática clínica desenvolvida durante os estágios foi sustentada numa conduta ética e responsável para com a PSC e sua família, tendo em consideração as dimensões ética, deontológica e jurídica presentes em documentos essenciais ao exercício da profissão como o REPE e CDE.

Existem momentos em que a prestação de cuidados de enfermagem envolve a exposição do corpo da pessoa como nos cuidados de higiene ou noutros procedimentos. Neste sentido, a atuação do mestrando seguiu o cumprimento do artigo 107º do CDE (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16) relativamente ao respeito pela intimidade pois foi sempre salvaguardada a privacidade e intimidade da pessoa seja no exercício da sua prática ou na supervisão da delegação de tarefas. As estratégias utilizadas foram o recurso a cortinas durante os cuidados, assegurar que a pessoa está adequadamente coberta aquando o seu transporte, e tentar garantir apenas o número indispensável de pessoas envolvidas no procedimento (reiterando que possa existir mais pessoas presentes se a pessoa consentir).

Para a realização destes procedimentos, foi sempre solicitado o consentimento da pessoa envolvida. Primeiramente, informou-se sobre o procedimento a executar e depois pediu-se o seu consentimento informal. Esta prática coincide com o artigo 105º do dever de informação (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16) e com a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina que reitera que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, Diário da República, I Série, Nº 2 de 2001-01-03, p. 27). De ressaltar que em situações de perigo para a vida este consentimento não é obrigatório de acordo com o Artigo 156 nº 2 do Código Penal (Decreto-Lei nº 48/1995, Diário da República, I-A Série, Nº 63 de 1995-03-15).

Durante o estágio final nem sempre o prognóstico da PSC foi o mais feliz, sendo necessário prestar cuidados à pessoa em fim de vida e sua família. Numa situação em concreto, a pessoa não apresentava resposta a qualquer estímulo, no entanto foi tratada de forma equivalente a uma pessoa que estivesse desperta e orientada, ao explicar-lhe todos os procedimentos efetuados e falando sobre a sua situação na esperança que estivesse a ouvir. Assim, o mestrando orientou a sua prática de acordo com o artigo 108º, “do respeito pela pessoa em situação de fim de vida” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16, p. 8080). Relativamente à família, a sua intervenção passou pelo esclarecimento de dúvidas e pela garantia da privacidade dando espaço para esta estar com o seu ente querido a sós, fechando as cortinas e explicitando que caso necessitassem de algum apoio o enfermeiro estaria disponível para auxiliar. Por fim, e não menos importante, o cuidar do corpo da pessoa a quem foi declarado o óbito destacou-se pela garantia da privacidade do corpo exposto ao encerrar as cortinas e pelo tratamento deste com o maior respeito tendo em mente que “o respeito pelo corpo pode ser encarado como outra forma de respeitar a família enlutada” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 131).

Outro tipo de situações no espectro da pessoa em fim de vida, durante o estágio em UCI, foi a confrontação com a obstinação terapêutica, ou seja, com a “aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento” (Lei nº 31/2018, Diário da República, I Série, Nº 137 de 2018-07-18, p. 3238). Não se encontrando a pessoa muitas vezes com capacidade de tomar uma decisão autónoma devido à sua situação clínica, cabe ao enfermeiro defendê-la de práticas que contrariem o estipulado legalmente, visando uma decisão ética e promovendo o bem comum (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16), como também de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16, p. 8079). O enfermeiro no exercício da sua profissão deve respeitar o direito a morrer da pessoa a seu cuidado, uma vez que “morrer é bem mais do que um direito” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 127). Nestes momentos, foi considerada a possibilidade de serem avaliadas em equipa as expectativas da família e avaliar se a pessoa teria interesse no uso de medidas que prolongassem a vida ou se deixaria esta decisão inteiramente à responsabilidade da equipa multidisciplinar. Estes serviram como uma oportunidade de realização de uma reflexão crítica sobre a temática em conjunto com a supervisora clínica, alertando para uma prática profissional que incluía a defesa dos direitos da PSC no âmbito da área de competências do enfermeiro.

A pessoa que recorre aos serviços de saúde possui outras dimensões que o enfermeiro deve compreender e tornar relevante na sua prática, nomeadamente a dimensão espiritual/religiosa. Cada indivíduo por ser parte integrante de uma sociedade apresenta valores e culturas próprias influenciando a sua forma de viver a espiritualidade (Jesus, 2020). Assim, procurou-se respeitar sempre as crenças religiosas das pessoas internadas. Por múltiplas vezes foi solicitada pela família ou pela própria pessoa a presença do representante da entidade religiosa a qual a pessoa pertence. A intervenção do mestrando passou pela disponibilização da informação à pessoa/família de que este serviço existe na instituição cumprindo com o artigo 105º do CDE sobre informar sobre os recursos aos quais a pessoa pode ter acesso, bem como, na agilização do pedido do apoio (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16). No momento da visita desta entidade foi garantida a privacidade ao encerrar as cortinas e deixando a pessoa/família a sós com o representante.

Através de uma prática em enfermagem baseada em todos os princípios anteriormente explanados e os expostos no CDE pretende-se alcançar a humanização dos cuidados de enfermagem, princípio este já documentado no artigo 110º do CDE (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16).

Importa destacar que a própria realização deste relatório foi baseado no princípio do dever do sigilo, artigo 106º do CDE (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16), não fazendo alusão a qualquer pessoa em específico, ao centro hospitalar e seu serviço, bem como aos profissionais envolvidos nos cuidados prestados.

Face ao exposto, considera-se como adquirido as competências relacionadas com o “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4746).

---

## **B. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

### Competência de enfermeiro especialista:

“B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; (...)

B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; (...)

B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4747).

### Competência de mestre em enfermagem:

“5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (Universidade de Évora, 2015, p. 24).

---

Assente numa lógica de melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados surge a promoção da segurança da pessoa alvo destes cuidados de modo a garantir um crescimento da sua qualidade. Através de um trabalho conjunto, coordenado e persistente com uma abordagem sistémica e contínua é possível promover uma cultura de segurança em saúde (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24).

Para tal, torna-se necessário a efetivação de uma gestão do risco que “identifica, analisa e trata potenciais perigos num contexto de prática circunscrita” (Nunes, 2006, p. 11), reconhece e suprime riscos potenciais antes que ocorram e constrói *guidelines* na instituição com vista à sua prevenção (Ibidem, 2006). O conceito de risco encontra-se descrito pela DGS (2011) como a “probabilidade de ocorrência de um incidente” (p. 21). De acordo com Fragata (2009), o risco clínico caracteriza-se por um conjunto de estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, através de uma identificação precoce de elementos comuns que colocam as pessoas em risco e assim atuar na prevenção e controlo dos riscos identificados.

As instituições hospitalares podem adotar medidas de gestão do risco, nomeadamente, auditorias clínicas, implementação de indicadores de qualidade e segurança, fomentação da necessidade de avaliação e monitorização do risco entre as equipas multidisciplinares (Bruno, 2010).

A gestão do risco é uma responsabilidade coletiva de todos os profissionais de saúde, não sendo um tópico desconhecido ao exercício atual dos cuidados de enfermagem. Assim, o EEEMCPSC deve assumir-se como uma referência nesta área. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PQCEEMC) constituem “(...) um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua

da qualidade” (OE, 2017, p. 5), que coincidem com os objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 com foco no desenvolvimento de “práticas seguras em ambientes seguros” (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24, p. 102). Parte integrante destes objetivos são a prevenção da ocorrência de quedas e úlceras de pressão, identificação inequívoca da pessoa e segurança na utilização da medicação (Ibidem, 2021).

Durante os estágios, a gestão do risco consistiu na aplicação de escalas de avaliação do risco de queda e do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão utilizadas nos serviços, com o objetivo de alertar para o risco e certificação da segurança da PSC.

Após identificado o risco foram adotadas estratégias de prevenção das úlceras de pressão adaptadas à situação clínica da pessoa, como a vigilância da pele, alternância de decúbito três vezes por turno, aplicação de creme hidratante, educação para a saúde sobre a importância da mobilização no leito, e o controlo da humidade. Com o objetivo de prevenir quedas foram sempre colocadas as grades da cama elevadas, vigiada a agitação psicomotora e tentativas de auto-levante, efetuada educação para a saúde sobre a importância de permanecer no leito e de solicitar ajuda quando quiser realizar o levante ou satisfazer outra necessidade que carecesse da saída do leito.

Foi sempre garantida a correta identificação da pessoa ao questionar o seu nome juntamente com a verificação da sua pulseira de identificação aquando a realização de procedimentos, administração de medicação ou exames de diagnóstico/terapêutica. Relativamente à medicação, esta era preparada e administrada sob a supervisão da supervisora clínica. De ressaltar que neste centro hospitalar foi possível verificar que para a preparação da terapêutica opióide é necessário uma confirmação por dois enfermeiros contribuindo assim para uma segurança acrescida.

Relativamente a projetos que visassem a qualidade dos cuidados destaca-se o estágio final onde se verificou um número elevado de projetos liderados por enfermeiros. Dos projetos mencionados destaca-se o protocolo de prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), com base na norma da DGS (2017), ao qual o mestrando pôde participar ao aplicar os cuidados referidos à pessoa submetida a entubação orotraqueal. Outro projeto de destaque encontra-se relacionado com os feixes de intervenção da prevenção de infeção do local cirúrgico baseado na norma da DGS (2015b). Neste último existiu a oportunidade da participação do mestrando na auditoria dos registos efetuados pelos enfermeiros podendo verificar a importância do papel do auditor como contributo para a manutenção da prestação dos cuidados de qualidade. Sem a componente dos

cuidados de enfermagem não é possível proceder a uma auditoria completa dos cuidados de saúde (OE, 2011), estando subjacente no modelo de sinergia da AACN a capacidade do enfermeiro de inovar e avaliar com o objetivo de gerar as mudanças necessárias na sua prática diária de cuidados (Hardin & Kaplow, 2017).

Por fim, deve-se reiterar que o PIM tinha como premissa a promoção de uma prática de cuidados segura. Através do sucesso no desenvolvimento deste projeto pode-se depreender que a ação do mestrando foi um contributo importante para o desenvolvimento de práticas mais seguras focando a sua intervenção na prevenção de EA, e assim adquire a competência relacionada com o “domínio da melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4747).

---

### **C. Domínio da gestão dos cuidados**

#### Competência de enfermeiro especialista:

“C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; (...)

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4748).

#### Competência de mestre em enfermagem:

“1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (Universidade de Évora, 2015, p. 24)

---

Na gestão individual dos cuidados à PSC, em parceria com a supervisora clínica, mobilizou-se o conhecimento adquirido da experiência profissional prévia em UCI e do curso de mestrado. Assim, foi possível otimizar o trabalho desenvolvido ao nível da tomada de decisão considerando os recursos humanos e materiais disponíveis. Esta característica torna-se relevante para o futuro enfermeiro especialista uma vez que este “(...)assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados” (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26, p. 17243). O Modelo de Sinergia da AACN reforça esta perspectiva pois refere que o enfermeiro necessita da competência relacionada com o Pensamento Sistémico, que auxilia no desenvolvimento e aplicação de estratégias, da prestação à gestão de cuidados, com o intuito de antecipar as necessidades que possam surgir futuramente (Hardin & Kaplow, 2017).

A OE (2012) nos seus Padrões de Qualidade de Enfermagem também reconhece a necessidade da organização dos cuidados de enfermagem pois, através da “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (p. 18), permite uma resposta integrada às necessidades da pessoa. Os métodos de trabalho observados nos locais de estágio foram o método individual e o método de trabalho em equipa, ambos considerados como métodos direcionados para a pessoa (Parreira et al, 2021).

Na UCI e em alguns locais do SU (exemplo: sala de observação) observou-se o recurso ao método individual onde o enfermeiro “(...) assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de pacientes durante um turno” (Parreira et al, 2021, p. 9). Por outro lado, por exemplo, na sala de reanimação do SU observou-se o método de trabalho em equipa onde o enfermeiro responsável pela sala orienta e lidera a ação dos colegas quando uma PSC dá entrada aproveitando as capacidades individuais de cada enfermeiro de modo a prestar os melhores cuidados (Parreira et al, 2021; Goh, Ser, Cooper, Cheng & Liam, 2020). Este tipo de metodologia de trabalho encontra-se descrita como menos propícia à ocorrência de EA, uma vez que os métodos de trabalho direcionados para a tarefa centram a sua atuação na fragmentação dos cuidados (Havaei, MacPhee & Dahinten, 2019; Connell et al, 2020; Bachnick, Ausserhofer, Baernholdt & Simon, 2018). Tendo em consideração o exposto, procurou-se participar através de uma prestação de cuidados integrada no método de trabalho mais adequado utilizado pela equipa de enfermagem assegurando sempre a segurança e proteção das pessoas/família.

Existiu a oportunidade de observar ambas as supervisoras clínicas como responsável de turno a coordenar a equipa de enfermagem na ausência da enfermeira gestora, bem como, na orientação dos recursos materiais. Estas distribuíram os vários elementos da equipa de enfermagem pelos vários setores/unidades tendo em consideração a carga de trabalho expectável para aquele turno consoante a situação clínica da pessoa, tentando respeitar sempre que possível as dotações seguras recomendadas pela OE (Regulamento nº 743/2019, Diário da República, II Série, Nº 184 de 25-09-2019). Contudo, por várias vezes, as dotações seguras mínimas do SU estavam comprometidas, e assistiu-se à supervisora clínica a conseguir preencher os turnos em falta com uma grande coordenação de todo o horário da equipa de enfermagem.

Relativamente aos recursos materiais, verificou-se como uma prioridade no início de cada turno verificar que não existia carência de terapêutica, material para procedimentos, entre outros, para assim garantir uma prestação de cuidados de qualidade à PSC. Sendo um enfermeiro fora da área de gestão de serviços de



saúde, tornou-se uma experiência enriquecedora compreender o trabalho que é efetuado como responsável de turno e do qual, os enfermeiros unicamente na prestação direta de cuidados, não têm a percepção da dificuldade em executá-lo e de como exigente se torna.

Também durante o desenvolvimento do PIM, recorreu-se a uma gestão de forma eficaz e ponderada tendo em consideração os recursos e tempo necessário para a realização do mesmo. Neste sentido com a planificação do trabalho a desenvolver através de um cronograma (Apêndice I), possibilitou uma eficiência na realização das várias etapas podendo terminá-lo dentro do prazo previsto.

A delegação de tarefas aos assistentes operacionais foi efetuada de acordo com as orientações estipuladas pela OE (2007) e no artigo 10º do REPE (Decreto-Lei nº 161/1996, Diário da República, I Série, Nº 205 de 1996-09-04) no que toca à tomada de decisão para a delegação. Delegaram-se tarefas após avaliar previamente a capacidade com que os assistentes operacionais realizavam a atividade (exemplo: esvaziamento dos sacos coletores de urina, alimentação via oral, entre outros). Posteriormente procedeu-se à supervisão das atividades delegadas, garantindo sempre que estas foram executadas corretamente.

Tendo em consideração o descrito previamente, considera-se como adquirido as competências relacionadas com o “domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4748).

---

#### **D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

##### Competência de enfermeiro especialista:

“D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; (...)

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4749).

##### Competência de mestre em enfermagem:

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

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (Universidade de Évora, 2015, p. 24).

---

Os enfermeiros através das inúmeras situações que vivenciam nos seus contextos de cuidados podem recorrer a uma análise reflexiva como uma ferramenta vantajosa para aperfeiçoamento da sua prática profissional, uma vez

que se reflete acerca dos sentimentos que experienciaram, dos seus traços de personalidade e da formação sobre situações específicas. Hesbeen (2000) defende que “tudo aquilo que é vivido, no dia a dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades” (p. 64). A reflexão, o autoconhecimento, a tomada de consciência da sua personalidade e a retroação “pelos outros permitem-nos descobrir bastante quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para nos actualizar” (Phaneuf, 2005, p.177).

O início do estágio em SU foi onde os sentimentos de apreensão e medo estiveram presentes. Embora seguro dos conhecimentos e competência enquanto enfermeiro, o facto de entrar numa tipologia de serviço diferente do habitual e de ser, especificamente, um SU juntamente com a ideia pré-concebida deste ser um caos e desorganização completa transformou-se num sentimento de medo de não corresponder às expectativas enquanto enfermeiro e estudante de um mestrado em enfermagem. Em 2001, Benner afirmava que um enfermeiro considerado como perito num contexto de cuidados específico, apresenta dificuldades em trabalhar num contexto de trabalho diferente do seu com o mesmo nível de competência. Contudo com o apoio e disponibilidade da supervisora clínica e restante equipa de enfermagem tudo se tornou mais simples e fácil na progressiva integração na dinâmica do serviço. De forma a superar os problemas encontrados neste percurso formativo recorreu-se a uma gestão eficaz dos sentimentos vivenciados, o aprimoramento da capacidade comunicacional com a pessoa em contexto de urgência e sua família e o aprofundamento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica.

Durante o estágio foi-se alterando a visão do SU para um “caos organizado” com enfermeiros altamente competentes na gestão rigorosa dos cuidados pois o SU é uma porta sempre aberta pelo que têm de dar uma resposta atempada a todos os casos. Sem dúvida que esta experiência possibilitou, enquanto profissional, a adaptação a um contexto distinto de trabalho e com vista sempre a uma prestação de cuidados de qualidade.

Por outro lado, o estágio da UCI foi enriquecedor para o desenvolvimento do autoconhecimento enquanto profissional de uma forma diferente. A UCI como local de trabalho habitual *versus* uma UCI de outro centro hospitalar, quais seriam as diferenças encontradas e de que forma influenciariam a prática clínica futura. O fato de possuir experiência prévia em UCI, de certa forma, pressionou a atuação para uma prática perfeita sem erros. Neste sentido, importou o apoio da supervisora clínica para o fato de um enfermeiro não possuir uma sabedoria total e que o erro faz parte do crescimento enquanto profissional. Os cuidados prestados são tão diversos que a atuação de cada profissional pode ser diferente desde que

sustentada na mais recente evidência científica e/ou em protocolos institucionais. Este estágio permitiu olhar para a prática clínica habitual e refletir sobre qual a melhor forma de atuar em diferentes situações na prestação de cuidados à PSC, unindo a evidência científica com os protocolos existentes na instituição hospitalar de forma a alcançar uma prática de cuidados de qualidade e contribuir para o aumento dos ganhos em saúde para a pessoa alvo destes cuidados.

Pode-se concluir que estes estágios contribuíram para o desenvolvimento do autoconhecimento enquanto enfermeiro, servindo este relatório também como um importante recurso ao desenvolvimento deste processo pois possibilita a reflexão das atividades desenvolvidas.

O enfermeiro, de acordo com o artigo 100º do CDE, possui o dever de “assegurar a actualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através de frequência de acções de qualificação profissional” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16, p. 8079). Reforçado pelo artigo 109º em que este deve procurar alcançar a excelência do seu exercício profissional alicerçada a uma atualização contínua dos seus conhecimentos (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 2015-09-16). De acordo com o Modelo de Sinergia da AACN, o enfermeiro deve não só focar-se na sua formação individual mas também em facilitar a aprendizagem/ensino dos seus pares (Hardin & Kaplow, 2017).

Ambos os locais de estágio beneficiam de um ambiente favorável ao desenvolvimento do processo formativo através de equipas de enfermagem motivadas com planos de formação anuais a debruçar-se sobre diversas áreas do seu âmbito de atuação. Inclusivamente, a equipa de enfermagem da UCI promove um seminário duas vezes por ano com temas focados nas suas necessidades formativas e também nas partilhas sobre os resultados dos projetos desenvolvidos em serviço que o mestrando teve a oportunidade de presenciar. Assim, a atuação do mestrando relativamente à promoção de ações de formação foi bem recebida por ambas as equipas.

No estágio em contexto de SU foi identificada a necessidade formativa relativamente à abordagem à pessoa com TVM através de entrevistas não estruturadas com a supervisora clínica, enfermeira gestora, enfermeira responsável pela formação e restante equipa de enfermagem. O TVM “ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma directa ou indirecta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinhal” (OE, 2009, p. 15). De acordo com Hughes (2003) estima-se que cerca de 3 a 25% das pessoas com TVM têm complicações por um diagnóstico atardado ou de falta de cuidados no SU. Neste tipo de contexto e

encontrando-se a pessoa na fase crítica do trauma, o principal objetivo passa por “prevenir as complicações que ponham em risco a vida, otimizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos” (OE, 2009, p. 29).

Após confirmação desta necessidade foi proposta a criação de um póster para servir como ferramenta na sessão de formação e como documento de apoio que ficaria disponível no serviço para futura consulta. Este póster (Apêndice V) foi construído com recurso a uma revisão bibliográfica de forma a dar resposta sobre quais os cuidados de enfermagem na abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*) à pessoa com TVM no contexto de SU. Esta abordagem foi a eleita, não apenas por ser a utilizada pela equipa de enfermagem mas também por ser uma “avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida” (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019, p. 27), e por ser defendida como a abordagem que deve ser padronizada à PSC (Ibidem, 2019).

De realçar que a utilização da linguagem CIPE (OE, 2016) na construção do póster não foi por mero acaso. No decurso do estágio pôde-se verificar que a equipa de enfermagem se encontrava apreensiva com a mudança do seu atual sistema informático para outro que englobava a linguagem CIPE (OE, 2016) num futuro próximo. Neste sentido procurou-se transpor a abordagem ABCDE utilizada no serviço para a linguagem CIPE (OE, 2016), transmitido à equipa de enfermagem que é possível conciliar as duas vertentes.

A sessão de formação foi executada com sucesso, cumprindo com o seu planeamento prévio (Apêndice VI). Dadas as circunstâncias impostas pela pandemia por COVID-19, o número de participantes por sessão teve de ser reduzido. No total, assistiram à formação 15 enfermeiros. Embora seja reduzido o número de enfermeiros comparativamente ao número total de enfermeiros, foram estrategicamente incluídos enfermeiros responsáveis de turno que são o elo de ligação dentro das suas equipas possibilitando uma melhor passagem de informação para os restantes colegas. No geral o *feedback* recebido foi positivo, realçando um comentário de uma enfermeira responsável de turno que referiu a utilidade prática da transposição da linguagem CIPE para a abordagem ABCDE à pessoa com TVM exposta de uma forma simples e lógica, e que pode servir como exemplo de abordagem para outros tipos de trauma.

Relativamente ao estágio em UCI importa lembrar que a implementação do PIM também foi sustentada em evidência científica adquirida através de uma RSL e que desta resultou um póster (Apêndice III) e um artigo científico (Apêndice

II), sendo que as suas etapas de desenvolvimento, incluindo a sessão de formação, encontram-se descritas no capítulo anterior.

Sendo “o habitat natural de um póster científico considerado como a conferência ou o seminário” (Aguiar, 2019, p. 4), participei com ambos os pósteres em conferências internacionais com a temática de cuidados focada na PSC. O póster intitulado “Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem Emergentes à Pessoa com TVM” (Apêndice V) foi apresentado no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo I) que decorreu entre os dias 25 e 27 de outubro de 2021. Por outro lado, o póster desenvolvido no estágio da UCI denominado “Prevenção da ENP na UCI” (Apêndice III) foi apresentado no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (Anexo II) nos dias 19 e 20 de fevereiro de 2022. Além das participações ativas com trabalhos de investigação, também surgiu a oportunidade de participar como formando no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Anexo III) que decorreu no dia 26 de novembro de 2021.

Esta experiência foi enriquecedora para a promoção da evidência científica e dos melhores cuidados à PSC, surgindo uma afinidade adormecida pelo processo de um trabalho de investigação, bem como para a aquisição de conhecimentos sobre diversas temáticas relacionadas com a esfera de atuação do EEEMCPSC através da assistência aos congressos anteriormente mencionados.

Assim, conclui-se que as competências relacionadas com o “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4749) foram alcançadas.

### **3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, e Mestre em Enfermagem**

As competências específicas “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (...)” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II Série, Nº 26 de 2019-02-06, p. 4745). Estas são demonstradas através da adequação dos cuidados de saúde das pessoas, que se espera ser de um elevado grau, e compreendem o cuidar da pessoa que encara processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o otimizar a resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe, assim como na intervenção para prevenção e controlo de infeção (Ibidem, 2019).

---

### Competência de enfermeiro especialista:

“1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19363).

---

Cuidar, um ato de vida, representa uma multiplicidade imensurável de intervenções que visam a manutenção da vida, permitindo a continuação e a reprodução da sociedade (Collière, 1999).

O cuidar em enfermagem à PSC torna-se desafiador relativamente à vertente intelectual e emocional, pois exige ao enfermeiro um pensamento célere e respostas a situações de risco de vida em que existe uma diminuta margem para o erro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

No início de cada turno efetuado realizou-se um esboço mental do plano de cuidados de enfermagem tendo em consideração a antecipação da instabilidade da situação clínica da PSC. Um enfermeiro perito na competência de Prestação de Cuidados, na perspectiva do Modelo de Sinergia da AACN, deve ser capaz de prever e antecipar contextos de instabilidade (Hardin & Kaplow, 2017). Cuidar tendo a noção de como o turno irá decorrer consoante as prioridades identificadas no momento, com os procedimentos e/ou exames complementares de diagnóstico/terapêutica programados ou de urgência. Ou seja, procurou-se refinar a habilidade de refazer o plano de cuidados de forma célere consoante as necessidades apresentadas a cada momento.

A avaliação da PSC foi efetuada tendo em conta as suas necessidades, seja através de uma simples avaliação neurológica ou hemodinâmica ou de protocolos preconizados como a abordagem ABCDE. No SU existiu a oportunidade de consolidar conhecimentos e colocar em prática este tipo de abordagem, neste caso, relacionado com a atuação em caso de vítimas de trauma. Neste sentido, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática e procurou-se que os turnos fossem maioritariamente na sala de trauma e de reanimação de forma a poder colocar em prática o conhecimento obtido em parceria com a equipa de enfermagem e a pessoa envolvida. Descreve-se de seguida um exemplo vivenciado durante o estágio.

Dá entrada na sala de reanimação um jovem do sexo masculino de 18 anos, vítima de atropelamento por um veículo automóvel ligeiro. Este vinha numa maca rígida com um dispositivo de imobilização corporal e acompanhado pela equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica. Rapidamente se avaliou, planeou e executou intervenções seguindo a abordagem ABCDE que se apresentam de seguida:

A (*Airway*) – Verificada uma via aérea permeável; mantida estabilização cervical através de um dispositivo de imobilização (colar cervical);

B (*Breathing*) – Avaliada: Respiração mista com expansão torácica simétrica, frequência respiratória de 18 ciclos por minuto, saturações periféricas de 98% com necessidade de aporte suplementar de oxigénio por máscara facial; otimizada oxigenoterapia em decisão conjunta com a equipa médica;

C (*Circulation*) – Observada uma pele pálida, sem perdas sanguíneas visíveis; identificada labilidade tensional com períodos de hipotensão marcada associada a taquicardia com necessidade de administração rápida de fluídos via endovenosa através de acessos venosos periféricos previamente puncionados; avaliação gasimétrica arterial a revelar valores de hemoglobina inferior a 7 miligramas por decilitro pelo que foi solicitado ao serviço de sangue unidades de concentrado eritrocitário (tendo sido previamente efetuada a tipagem do grupo sanguíneo da pessoa) que foram administradas de uma forma célere com recuperação dos valores de hemoglobina para valores de referência, sem intercorrências durante a transfusão; auxiliada equipa médica na colocação de cateter venoso central.

D (*Disability*) – Avaliado estado neurológico da pessoa através da escala de coma de Glasgow, apresentando maioritariamente um *score* de 12 (abre os olhos à voz, discurso desorientado e repetitivo, obedece a ordens) excetuando nos períodos de hipotensão marcada ficando com um *score* inferior com recuperação posterior à resolução destes episódios momentâneos; avaliada glicémia capilar que se apresentava dentro dos valores de referência; avaliada dor através da escala comportamental da dor, apresentando uma dor ligeira pelo que foi administrada terapêutica analgésica prescrita com efeito.

E (*Exposition*) – Mantida a normotermia através da colocação de um lençol térmico sobre a pessoa; observadas escoriações dispersas pelo corpo da pessoa.

Após estabilização da pessoa foram recolhidas análises clínicas, sendo posteriormente transportada para a realização de exames de imagem para esclarecimento de diagnóstico e ser encaminhado para o bloco operatório. Enquanto aguardava a preparação do bloco operatório foi providenciada a possibilidade da mãe do jovem entrar na sala de reanimação e falar com o seu filho. Procedeu-se à explicação da situação à mãe e foi prestado apoio emocional. De salientar que foi sempre explicada a evolução da situação ao jovem e solicitando o seu consentimento informal aos procedimentos efetuados embora este se encontrasse desorientado.

De salientar que a equipa de enfermagem ao prever a possibilidade de uma alteração súbita do estado de consciência repentina certificou-se de colocar

material preparado para qualquer eventualidade, seja para entubação orotraqueal para proteção da via aérea seja o desfibrilhador preparado no caso de uma paragem cardiorespiratória.

Refletindo sobre esta experiência, a abordagem ABCDE possibilitou uma ação rápida e coesa com a participação dos vários profissionais de saúde envolvidos, cada um concretizando as suas intervenções dentro da sua esfera de atuação, resultando em ganhos efetivos no processo de cuidados à PSC. Quanto ao enfermeiro, o tipo de pensamento sistematizado que esta abordagem possibilita torna o processo de decisão e raciocínio clínico mais célere e eficaz contribuindo para uma melhoria do prognóstico e na prevenção de complicações.

O EEEMCPSC “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19363). Neste sentido, existem intervenções direcionadas para a pessoa com ventilação comprometida, com necessidade de um dispositivo respiratório como o TOT para manter uma ventilação eficaz. Na UCI foi possível aplicar as seguintes intervenções tendo como foco a pessoa com ventilação comprometida: avaliação diária da possibilidade de início de desmame ventilatório; otimização da fixação do TOT, utilizando o material mais adequado conforme a condição da pele ao redor do TOT; vigilância da tração do TOT pelo circuito do ventilador ou mordedura do TOT pela pessoa; gestão da troca de posição do TOT com o objetivo de não macerar os cantos da cavidade oral (Torres et al, 2021; Chao, Sung & Cheng et al, 2017; Lin et al, 2019; Lucchini et al, 2018; Lee, Park & Chung, 2018). Importa expressar que estas intervenções exercidas na UCI vão de encontro ao que a evidência científica apregoa.

Relativamente à fixação do TOT, na UCI recorre-se ao adesivo sendo que deve ser substituído no caso de se encontrar visivelmente sujo/húmido ou obrigatoriamente no turno da manhã. Na literatura científica encontra-se descrito dois tipos de fixação. Lucchini et al (2018) defende a utilização de adesivo, contudo deve ser trocado de 12 em 12 horas, e deve ser complementado com uma tira de hidrocolóide por baixo deste com o objetivo de proteger a pele. Por outro lado, Chao, Sung & Cheng et al (2017) descreve que outro tipo de fixação, o *Anchor Fast Guard*, obtém melhores resultados na fixação do TOT. O que reúne consenso entre estes autores é que deve existir nos serviços um protocolo de sistema de fixação, independentemente do método utilizado. Estes fatos foram discutidos com a supervisora clínica e equipa de enfermagem de forma a providenciar um momento de reflexão crítica sobre a prática diária relativa à fixação do TOT, trazendo contributos para uma melhoria contínua dos cuidados prestados.



Na UCI, um ambiente rodeado de tecnologia, a prática do enfermeiro carece do domínio desta em todas as dimensões do cuidar da PSC, na sua avaliação, monitorização e tratamento (Funk, 2011). Com experiência prévia em cuidados intensivos, a maioria dos equipamentos encontrados na UCI eram familiares ao mestrando. Contudo, a aprendizagem passou não pelo conhecimento deste tipo de tecnologia mas de que forma pode ser utilizada para satisfazer as necessidades da PSC da melhor forma possível. Destaca-se, por exemplo, a monitorização da pressão intra-abdominal, que nesta UCI é efetuada utilizando uma régua incorporada no sistema de drenagem vesical, sem necessidade de uma grande manipulação da algália ou da abertura de portas de entrada a microorganismos desnecessariamente.

Outro pequeno exemplo mas que faz toda a diferença quando se fala numa prática de cuidados de qualidade, encontra-se relacionado com a oxigenoterapia de alto fluxo. Habitado a este tipo de tecnologia, provavelmente permanece o pensamento errado de que já se aprendeu tudo, contudo existem sempre pequenas alterações na prática clínica que se pode efetuar. Este estágio permitiu a aprendizagem relacionada com a preservação da integridade da pele e promoção do conforto da PSC com este tipo de dispositivo através da aplicação de placas de consistência esponjosa por baixo do sistema de fixação facial. Esta pequena amostra só demonstra o quanto se pode continuar a evoluir com vista a uma excelência do cuidar em enfermagem à PSC.

Consoante a necessidade dos cuidados da PSC procurou-se a administração de protocolos terapêuticos complexos, considerados como uma forma de auxiliar na utilização da evidência científica na prática diária dos cuidados de saúde (Mazer & Levy, 2016). Face aos diversos protocolos existentes tanto no SU como na UCI, priorizou-se adequar estes protocolos às situações concretas, atuando na monitorização e prevenção de possíveis efeitos secundários e/ou complicações, e avaliando os seus resultados. Evidencia-se os protocolos de desmame de sedação e analgesia em que, mediante a fixação de objetivos de níveis de sedoanalgesia concretos discutidos em equipa multidisciplinar, pode o enfermeiro gerir o ritmo de perfusões da sedoanalgesia.

Outro protocolo presente, desta vez na UCI, encontra-se relacionado com a monitorização da pressão intracraniana (PIC) na pessoa com traumatismo crânio-encefálico (TCE).

O TCE encontra-se definido como uma agressão na região do encéfalo causado por uma força externa com diversas complicações tais como "estado de consciência diminuído ou alterado, o que resulta na diminuição das capacidades cognitivas ou funções físicas, podendo ainda resultar em distúrbios

comportamentais ou emocionais, que causam incapacidade funcional total ou parcial ou desajustamento psicossocial” (Hoeman, 2010, p. 554).

Neste contexto revela-se importante o cuidar da pessoa com TCE com a existência de protocolos de atuação, especialmente na prevenção da lesão secundária uma vez que esta consiste em alterações a nível celular que precipita um edema cerebral e consequente aumento da PIC (Winn et al, 2011) que se pode monitorizar com recurso a cateteres e monitores criados para o efeito.

Através da monitorização dos valores da PIC é possível determinar o valor da pressão de perfusão cerebral, procedendo ao cálculo da diferença entre a pressão arterial média e o valor da PIC. Estes parâmetros são de extrema importância pois no caso de se encontrarem com valores da PIC inferiores a 20 milímetros de mercúrio e a pressão de perfusão cerebral entre 50-70 milímetros de mercúrio, favorecem uma manutenção da homeostasia cerebral (Oliveira, Lavrador, Santos & Antunes, 2012).

A intervenção do enfermeiro passa não só pela monitorização destes parâmetros mas também por outras intervenções que previnem o aumento da PIC e assim também da lesão secundária. Estas intervenções, baseadas na evidência científica, foram aplicadas pelo mestrando em conjunto com a supervisora clínica nas pessoas com esta problemática e apresentam-se de seguida: manutenção da cabeça da pessoa em posição neutra em decúbito dorsal com cabeceira elevada; minimização de procedimentos que possam aumentar a PIC (aspiração de secreções por rotina, procedimentos dolorosos); vigilância de convulsões e gestão da terapêutica correspondente; gestão da sedação/analgesia consoante objetivo proposto em equipa; promoção da normotermia; administração de terapêutica hiperosmolar e indução de coma barbitúrico de acordo com prescrição médica; e antecipação de possível ida urgente ao bloco operatório para realização de craniectomia descompressiva em última instância (Bell & Adams, 2010).

Como se pôde constatar em parágrafos anteriores, surgiram em ambos os locais de estágio a oportunidade de participar no transporte da PSC, conjuntamente com a supervisora clínica, para a realização de exames de diagnóstico/terapêutica ou transferências inter-hospitalares.

O transporte da PSC, caracterizado como um período de grande instabilidade, pode conduzir a complicações e ao agravamento da situação clínica (Pinho, 2020). Este envolve alguns riscos mas, por vezes, torna-se imprescindível pela necessidade de realização de exames de diagnóstico/terapêutica ou de um local e equipa a nível intra/inter-hospitalar com um nível de assistência superior (Ibidem, 2020). O enfermeiro é presença assídua neste tipo de transporte, o que requer uma

preparação do profissional para lidar com situações de urgência/emergência durante o transporte (Ibidem, 2020).

Contribuiu-se para o planeamento dos transportes da PSC, certificando de que se dispunha de todos os recursos materiais necessários para monitorização e para situações de urgência/emergência, e de que os recursos humanos estavam todos informados da receção desta pessoa no seu serviço. Posteriormente durante a efetivação do transporte, procurou-se focar a atenção nas necessidades da PSC ao longo de todo o transporte, bem como, no ambiente envolvente para evitar algum tipo de EA.

O EEEMCPSC procura na sua prática uma maximização do bem-estar da PSC, sendo a gestão adequada da dor parte integrante da sua intervenção (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26).

A dor encontra-se definida como um "aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento (...)" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 54). Neste sentido, a DGS (2003) instituiu a dor como quinto sinal vital, defendendo que a sua presença seja valorizada, devendo proceder-se à sua avaliação, intervenção e registo.

No SU e UCI as escalas existentes para a avaliação da dor são a Escala Numérica e Escala Comportamental da Dor. Após a avaliação da dor é definida a intervenção a desenvolver, sendo que esta escolha pode ser farmacológica ou não farmacológica (OE, 2008). Por fim torna-se importante a reavaliação da dor para avaliar o sucesso da intervenção e manutenção de bem-estar da pessoa.

Após a avaliação da intensidade da dor procurou-se colaborar na implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas, realizando posteriormente a reavaliação da dor. Promoveu-se a sensibilização da equipa de enfermagem relativamente a esta temática através de discussões informais sobre a otimização de estratégias de avaliação e controlo da dor, questionando a pertinência da utilização de medidas não farmacológicas sob medidas farmacológicas em situações específicas que podem ser intervenções autónomas de enfermagem. Considerando que a mudança pode ser promovida através do comportamento individual de cada um, considera-se ter adotado uma prática de sensibilização da equipa ao certificar sempre se a pessoa estaria confortável com o posicionamento, com as almofadas, realização de massagens com creme hidratante, entre outros.

Relacionando com a temática do PIM aplicado no estágio final, as intervenções do mestrando de forma a favorecer o bem-estar da pessoa e assim prevenir a ENP encontram-se corroboradas pela evidência científica, nomeadamente com as seguintes intervenções: identificar e monitorizar situações

de delírio, dor e nível de sedação/agitação através das escalas existentes no serviço; gerir a analgesia, sedação e tratamento farmacológico do delírio de acordo com os objetivos definidos previamente em equipa multidisciplinar; promover estratégias não farmacológicas como a diminuição de ruído, ajuste de luminosidade, promoção do sono, promoção das visitas de entes queridos, comunicação com a pessoa e prevenção do isolamento da pessoa; vigiar sinais de desconforto (náuseas, sensação de vômito, tosse frequente) (Torres et al, 2021; Chao, Sung & Cheng et al, 2017; Kwon & Choi, 2017; Lin et al, 2019; Lee, Park & Chung, 2018; Uy et al, 2019; Mahmood et al, 2019; Danielis, Chiaruttini & Palese, 2018).

Quando se aborda a temática da saúde, a comunicação é uma ferramenta indispensável no processo de cuidados, sendo o enfermeiro elemento chave na transmissão da informação de que as pessoas carecem. Para Pereira, Fortes & Mendes (2013) "a comunicação faz parte do dia-a-dia do trabalho de enfermagem, sendo ela considerada um instrumento básico fundamental utilizado pelo enfermeiro, seja no cuidado ao paciente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa de trabalho" (p. 228). Não existe forma de evitar a comunicação com o outro quando se fala em qualidade dos cuidados de saúde, sendo esta essencial para o enfermeiro na sua prática de cuidados.

Embora se considere importante a comunicação para a prestação de cuidados, o traço de personalidade introvertida do mestrando tornou este objetivo talvez o mais difícil de alcançar. Uma dificuldade que já se encontra superada no local de trabalho habitual, uma vez que o conhecimento profundo da equipa e da sua dinâmica de trabalho juntamente com a sensação de segurança nos cuidados de enfermagem prestados torna a comunicação muito mais fácil seja com a pessoa/família seja com a equipa multidisciplinar.

Na UCI tal dificuldade foi mais fácil de superar, contudo no SU, um contexto de trabalho totalmente novo, unido com o fato de ser um elemento estranho à organização, resultou que a dificuldade com a comunicação voltasse a transparecer. Existiu uma evolução progressiva e mais célere que o esperado no que toca à facilidade de comunicação com as pessoas e seus familiares. Nas últimas semanas deste estágio, era evidente o à vontade com o espaço físico e com a dinâmica funcional da equipa multidisciplinar o que possibilitou que a comunicação fluísse mais naturalmente. Promoveu-se uma relação terapêutica de confiança e privacidade com a pessoa/família, fornecendo informações pertinentes adequadas à evolução do seu estado de saúde em situação de urgência no sentido de os apaziguar e auxiliar neste processo de saúde-doença em que se encontravam.

Outra situação particular que surgiu foi a comunicação com a pessoa com um dispositivo respiratório como o TOT. Usufruindo de experiência prévia de um contacto prolongado com pessoas com esta particularidade, complementada com uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, foi possível otimizar a comunicação através de mimica gestual/labial, cartões ilustrativos e/ou escrita, estratégias que Chao, Lai, Chan et al (2017) asseguram como indispensáveis e que são amplamente utilizadas na UCI.

Mesmo considerando o cuidar da PSC como um processo complexo e que prima pela melhoria contínua dos cuidados prestados, pode-se afirmar que esta competência foi alcançada.

---

Competência de enfermeiro especialista:

“2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19363).

---

Os estágios decorreram num momento delicado que o mundo atravessa, com a saúde da sua população em risco devido à pandemia por COVID-19. A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, sendo reportados milhões de casos de infeções a nível mundial associado a uma subida do número de internamentos hospitalares (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020; *European Centre for Disease Prevention and Control*, 2020). Esta pandemia pode ser considerada como uma situação de exceção uma vez que esta “consiste numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 16-07-2018, p. 19362). Perante este tipo de situações os EEEMCPSC “(...) atuam concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (...)” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 16-07-2018, p. 19363).

Recorrendo ao sistema informático do centro hospitalar foi possível tomar conhecimento do plano de emergência interno e do plano de contingência COVID-19 do SU e da UCI. Ambos os planos encontravam-se atualizados e eram do conhecimento geral das equipas de enfermagem.

Relativamente ao plano de contingência COVID-19, após realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática COVID-19 em fontes fidedignas como a DGS e OMS, procurou-se incentivar as pessoas/família na utilização e manutenção de

equipamento de proteção individual adequado durante a sua permanência nos serviços, incentivar a lavagem ou desinfecção das mãos, explicar a necessidade da existência de um número reduzido de pessoas num espaço, entre outras.

Outra situação de exceção, embora de menor dimensão, ocorreu no estágio em contexto de SU onde existiu a oportunidade de observar a atuação da supervisora clínica relativamente a uma situação de evacuação de um setor da área COVID-19 por suspeita de fuga de gás. Após contacto com a empresa do fornecimento de gás que recomendava a evacuação do espaço até ser possível detetar o tipo de gás, a supervisora clínica orientou a equipa de enfermagem para efetuar a evacuação para outro espaço da forma mais segura e rápida possível, transmitindo sempre tranquilidade e segurança, mobilizando os recursos humanos e materiais de uma forma organizada e célere. Esta experiência possibilitou uma maior consciência da complexidade da delineação e/ou reestruturação de serviços e normas de atuação com vista a uma melhor eficiência relativamente aos recursos existentes perante uma situação de exceção.

Em jeito de conclusão, considera-se alcançada a competência relacionada com a dinamização da “resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19363).

---

Competência de enfermeiro especialista:

“3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16, p. 19364).

---

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são consideradas como um dos maiores desafios presentes no âmbito da saúde e como uma prioridade crescente em várias regiões do mundo (DGS, 2017b). Estas são consideradas como uma ameaça à segurança dos cidadãos pois aumentam os índices de morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos, propiciam reações adversas a medicamentos pelo maior uso de antibióticos inviabilizando a qualidade dos cuidados prestados, bem como, o agravamento dos custos em saúde (DGS, 2017b). Neste contexto, o PNSD 2021-2026 apresenta a redução das IACS e resistências aos antimicrobianos como um dos seus objetivos estratégicos (Despacho nº 9390/2021, Diário da República, II Série, Nº 187 de 2021-09-24).

O EEEMCPSC detém um papel relevante na satisfação deste objetivo, tendo a OE identificado nos PQCEEMC a prevenção e controlo das IACS como um dos sete enunciados descritivos (Regulamento nº 361/2015, Diário da República, II Série, Nº 123 de 2015-06-26). No Modelo de Sinergia da AACN este é apresentado como um dos sete ganhos em saúde (Hardin & Kaplow, 2017).

As IACS podem ser definidas como "qualquer infeção adquirida 48 horas após a admissão da pessoa na instituição hospitalar e que se manifesta durante o internamento ou após a alta" (Pinho, 2020).

O SU devido às suas características e às pessoas com diversos tipos de patologias que recebe, torna-se num serviço com uma necessidade de estratégias de ação mais eficazes para a deteção e intervenção precoce à pessoa com IACS e assim contribuir para a redução desta taxa na instituição hospitalar (Domingues, Barros, Escada & Almeida, 2016).

Através de uma entrevista não estruturada com o elemento de ligação com a comissão de controlo de infeção do SU foi possível identificar uma problemática relacionada com a aplicação de adesivos em detrimento do uso de pensos impermeáveis transparentes na fixação dos cateteres venosos periféricos (CVP).

Com a observação direta da prática de cuidados da equipa de enfermagem verificou-se que o tipo de adesivos que são utilizados maioritariamente no SU para fixar o CVP não são esterilizados. Silva & Zanetti (2004) descreve que a sua manipulação poderá proporcionar a contaminação do procedimento.

A escolha do penso pelo enfermeiro deve passar por um penso esterilizado que seja transparente para que possa visualizar claramente o local de inserção do CVP e assim detetar sinais precoces de flebite, sem existir a necessidade de o retirar (Wilson, 2003; Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, 2011). Os pensos existentes no SU possuem precisamente estas características, adicionando a particularidade de serem impermeáveis. Corroborando com a evidência científica, este também é considerado como o penso mais adequado de acordo com a comissão de controlo de infeção do centro hospitalar.

Esta ideia e outras foram sendo debatidas em momentos de reflexão conjunta com a supervisora clínica, consolidando a ideia de que cada indivíduo pode representar um contributo para a mudança das práticas. Sempre que considerado pertinente, foram realizadas conversas informais com a equipa de enfermagem sobre a temática, ficando despertos para o procedimento mais correto. Também através do exemplo, a equipa de enfermagem pode ter ficado sensibilizada para a otimização da manutenção do CVP utilizando o penso mais adequado.

Relativamente à UCI, embora considerado um ambiente mais controlado que o SU, apresenta uma elevada taxa de prevalência de IACS. Estas infeções estão

intimamente relacionadas com o plano de tratamento e a necessidade frequente da presença de dispositivos e intervenções invasivas (Pinho, 2020).

Uma das linhas estratégicas de prevenção destas IACS centra-se na prevenção da PAI, tendo a DGS (2017a) criado feixes de intervenção para a sua prevenção. Estima-se que a taxa de PAI de pessoas com TOT no contexto de uma “UCI de adultos em 2016 foi de 7,1 por 1000 dias de intubação” (DGS, 2017b, p. 7), tendo reduzido 36,6% desde 2008 até 2016. (Ibidem, 2017b).

Procurou-se cumprir com os feixes de intervenção preconizados pela DGS (2017a) centrando a ação em intervenções que o enfermeiro pode executar como

(...) discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório (...) e, se possível, parar diariamente a sedação (...) manter a cabeceira do leito num ângulo superior a 30º (...) realizar higiene oral com solução de cloro-hexidina a 0,2% pelo menos 3x dia (...) manter circuitos respiratórios (...) manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20-30 centímetros de água (...) (p. 2).

Assim, considera-se que a atuação do mestrando baseada em evidência científica e protocolos nacionais contribuiu para a prevenção e controlo de IACS possibilitando a aquisição desta competência.



## CONCLUSÃO

Alcançada a seção onde se teça as considerações finais, importa refletir, uma vez mais, sobre o trabalho desenvolvido.

Com os sistemas de saúde modernos a almejar uma prestação de cuidados de qualidade com suporte em conhecimento adquirido na evidência científica e num cuidado humanizado, os EA surgem como uma problemática a resolver e a sua prevenção deve ser considerada como uma aposta pertinente de forma a influenciar positivamente os ganhos em saúde.

Dos EA mencionados em contexto de cuidados intensivos surge a ENP como um fenómeno ainda presente nas UCI, trazendo à PSC com ventilação comprometida diversas complicações que podiam ser prevenidas através de intervenções direcionadas para este propósito.

O enfermeiro especialista, fruto da sua formação e competência detém a criação de um ambiente terapêutico seguro como uma prioridade no seu âmbito de atuação. Tendo a ENP uma implicação direta na segurança da PSC, revelou-se importante determinar de que forma estes profissionais podem prevenir a ENP através das suas intervenções de enfermagem.

Com o pensamento fundamentado no modelo da Sinergia da AACN bem como numa RSL sobre a temática em estudo, procedeu-se ao desenvolvimento de um PIM.

Através deste projeto foi possível verificar as intervenções de enfermagem que podem prevenir a ENP. Assim, a estratégia passou pela formação da equipa de enfermagem, para que esta possa relembrar e aprender novos conceitos e intervenções na sua área de atuação de forma a contribuir para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados. As ações formativas foram bem-sucedidas, permanecendo o conteúdo lecionado disponível no serviço para consulta futura da equipa de enfermagem.

Os resultados desta intervenção major contribuíram para um entendimento de que com a conciliação de três fatores como as intervenções de enfermagem centradas na pessoa, um ambiente de cuidados complexos como uma UCI, e uma gestão eficaz de uma equipa de enfermagem, podem enfrentar um problema como a ENP, traduzindo-se numa descida significativa na taxa de ENP em contexto de cuidados intensivos, e concomitantemente em melhores resultados em saúde.

O desenvolvimento deste projeto não foi tão linear como aparentou ser, existindo dificuldades na sua execução dada a inexperiência do mestrando relativamente à metodologia de projeto, bem como, na alteração de temática

inicialmente elegida como foco do projeto por esta não se enquadrar com as necessidades identificadas no serviço.

Mas este percurso não se cingiu apenas ao desenvolvimento deste projeto, existindo várias competências por desenvolver. Neste sentido, estas foram alcançadas com o auxílio do conhecimento adquirido nas várias Unidades Curriculares do curso de mestrado e através da prática clínica em contexto de estágio.

Assim, conclui-se que os objetivos propostos inicialmente foram cumpridos tendo sido efetuada uma reflexão relativa ao processo de aprendizagem e desenvolvimento das competências do EEEMCPSC.

O desenvolvimento das competências não termina com o fim desta etapa, existe um caminho de crescimento profissional que se deve manter tendo em consideração o conhecimento adquirido e aprofundado neste curso de mestrado em enfermagem. Espera-se poder promover vários projetos em contexto de trabalho relacionada com a área de especialização do EEEMCPSC, de modo a alcançar a denominada qualidade em saúde e assim contribuir para a promoção da segurança da PSC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Aguiar, J. (2019). *Póster Científico: uma exploração*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/89615>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Baernholdt, M. & Simon, M. (2018). Patientcentered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: A cross-sectional multicentre study. *Int J Nurs Stud*, 81, 98-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>
- Bell, A. & Adams, J. (2010). The Secondary Management of Traumatic Brain Injury. In *Neurocritical Care: A Guide to Practical Management*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. In *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas de Implementação em Portugal*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Chao, C., Lai, C., Chan, K. et al (2017). Multidisciplinary interventions and continuous quality improvement to reduce unplanned extubation in adult intensive care units: A 15-year experience. *Medicine*, 96(27), e6877. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000006877>
- Chao, C., Sung, M., Cheng, K. et al (2017). Prognostic factors and outcomes of unplanned extubation. *Sci Rep*, 7, 8636. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08867-1>

Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Connell, C. et al (2020). Practice priorities for acute care nursing: A Delphi study. *J Clin Nurs*, 29(13-14), 2615-2625. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15284>

Danielis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A. (2018). Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 69-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>.

Decreto-Lei nº 86/76. Procede à aprovação da Constituição da República Portuguesa. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 86 de 1976-04-10), 738-775. ELI: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/502635/details/normal?serie=I&search=Pesquisar&ano=1976&perPage=100&types=DR&advancedPublicSearch=WAR\\_drefrontofficeportlet\\_dreId=78796](https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/502635/details/normal?serie=I&search=Pesquisar&ano=1976&perPage=100&types=DR&advancedPublicSearch=WAR_drefrontofficeportlet_dreId=78796)

Decreto-Lei nº 48/95. Aprova o Código Penal. Assembleia da República. *Diário da República*, I-A Série (Nº 63 de 1995-03-15), 1350-1416. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>

Decreto-Lei nº 161/96. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 205 de 1996-09-04), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Decreto-lei nº 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série, Nº 157 de 2018-08-16, 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Despacho nº 10319/2014. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 153 de 2014-08-11), 20673-20678. Disponível em: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)

Despacho nº 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série, Nº 28 de 2015-02-10, 2-10. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho nº 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série, Nº 102 de 2015-05-27, 13550-13553. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho nº 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 187 de 2021-09-24), 96-103. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral de Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9 CGDG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)

Direção-Geral de Saúde (2012). *Norma nº 015/2012*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Norma\\_015\\_2012.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Norma_015_2012.pdf)

Direção-Geral de Saúde (2015a). *Norma nº 022/2015*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i022018.pdf>

- Direção-Geral de Saúde (2015b). *Norma nº 020/2015*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2017a). *Norma nº 021/2015 (Atualizada em 30/05/2017)*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Domingues, S., Barros, T., Escada, A. & Almeida, E. (2016). O Papel do Enfermeiro na Prevenção e Controlo das IACS no Serviço de Urgência. *Evidência*, 3. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/19336>
- European Centre for Disease Prevention and Control. *COVID-19 pandemic* [Internet]. Solna: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [acesso em 2020 Nov 8]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
- Fleury, M. & Fleury, A. (2011). Construindo o Conceito de Competência. *Rev adm contemp*, 5, 183-196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2009). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- Funk, M. (2011). As health care technology advances: Benefits and risks. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 285–291. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2011810>
- Goh, P., Ser, T., Cooper, S., Chen, L. & Liaw, S. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *J Clin Nurs*, 29(19-20), 3802-3811. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/JOCN.15410>

- Hardin, S. & Kaplow, R. (2017). *Synergy for Clinical Excellence: The AACN Synergy Model for Patient Care (2nd ed.)*. California: American Association of Critical-Care Nurses.
- Havaei, F., MacPhee, M. & Dahinten, V. (2019). The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 75(10), 2144-2155. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13997>
- Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lusociência: Loures.
- Higgins, J. P., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. Disponível em: <https://handbook-5-1.cochrane.org>
- Hoeman, S. (2010). *ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Hughes, R. (2003). The management of patients with spinal cord injury. *Clinical Advanced*, 99(50), 38-41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14705423/>
- Hur, S. et al (2021). Development and Validation of Unplanned Extubation Prediction Models Using Intensive Care Unit Data: Retrospective, Comparative, Machine Learning Study. *J Med Internet Res*, 23(8), e23508. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/23508>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Joanna Briggs Institute. *JBI Levels of Evidence* [Internet]. Adelaide: Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide; 2013 [acesso em Dez 21]. Disponível em: [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)

- Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition* [Internet]. Adelaide: Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide; 2014 [acesso em Dez 21]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Joanna Briggs Institute. *Critical Appraisal Tools* [Internet]. Adelaide: Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide; 2021 [acesso em Dez 21]. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jesus, R. (2020). O cuidado de enfermagem e sua relação com a religiosidade. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 10(14), 173-190. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/cuidado-deenfermagem>
- Kwon, E. & Choi, K. (2017). Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*, 11, 74-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.004>
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'Organisation.
- Lee, J., Park, H. & Chung, E. (2018). Use of electronic critical care flow sheet data to predict unplanned extubation in ICUs. *International Journal of Medical Informatics*, 117, 6-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.05.011>
- Lei nº 156/2015. Procede à alteração e republicação ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 181 de 2015-09-16), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei nº 31/2018. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 137 de 2018-07-18), 3238-3239. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/31/2018/07/18/p/dre/pt/html>
- Lei nº 95/2019. Procede à aprovação da Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.



Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 169 de 2019-09-04), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>

Lin, P. et al (2019). Outcomes of unplanned extubation in ordinary ward are similar to those in intensive care unit. *Medicine*, 98(11), e14841. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014841>

Lucchini, A. et al (2018). Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed*, 89(7-S), 25-31. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7815>

Mahmood, S. (2019). Self-Extubation in Patients with Traumatic Head Injury: Determinants, Complications, and Outcomes. *Anesth Essays Res*, 13(3), 589-595. Disponível em: [https://doi.org/10.4103/aer.AER\\_92\\_19](https://doi.org/10.4103/aer.AER_92_19)

Mazer, J. & Levy, M. (2016). Policies, bundles, and protocols in critical care. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M., Singer, M. (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2ª ed.) (pp. 132-134). Oxford: Oxford University Press.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2006). Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 53-58. Disponível em: [https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco\\_cuidados-seguros\\_In.pdf](https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco_cuidados-seguros_In.pdf)

Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, p. 35-47. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262048659\\_Fundamentos\\_eticos\\_da\\_deontologia\\_profissional](https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional)

O'Grady, N. et al (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Estados Unidos da América: Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M. & Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Med Port*, 25(3), 179-192. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23069239/>

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação – Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Conselho de Enfermagem: Parecer n.º 31/2011- Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_31\\_2011CE\\_Enfermeirosnasequipasacreditacao\\_unidadessaude.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Parotto, M., Cooper, R. & Behringer, E. (2020). Extubation of the Challenging or Difficult Airway. *Curr Anesthesiol Rep*, 10, 334-340. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40140-020-00416-3>
- Parreira, P. et al (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 2088. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph18042088>
- Pearson, A. et al (2014). *A mixed methods approach to evidence synthesis*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Pereira, A., Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Rev enferm UFPE on line*, 7(1), 227-35. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-le.0701201331>
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Penedo, J. et al (2013). *Avaliação nacional da situação das unidades de cuidados intensivos: Relatório Final*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel.
- Regulamento nº 122/2011. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 35 de 2011-02-18), 8648-8653. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento nº 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 123 de 2015-06-26), 17240-17243. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 135 de 2018-07-16), 19359-19370. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento nº 140/2019. Procede à aprovação do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 2019-02-06), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 184 de 2019-09-25), 128-155. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001. Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto à assinatura dos Estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 2 de 2001-01-03), 14-36. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>

Ribeiro, G., Silva, R. & Ferreira, M. (2016). Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. *Rev Bras Enferm*, 69(5), 915-923. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>

Rocheta, J. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/68138>

Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).

Silva, A. & Zanetti, M. (2004). Curativo para fixação de cateter intravenoso periférico: revisão integrada da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (2), p. 233-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200020>

Smith, M. & Liehr, P. (2014). *Middle range theory for nursing (3rd ed)*. New York: Springer.

Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *J Med Syst* 42, 48. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>

- Stalpers, D., De Vos, M.L., Van Der Linden, D., Kaljouw, M.J. & Schuurmans, M.J. (2017). Barriers and carriers: a multicenter survey of nurses' barriers and facilitators to monitoring of nurse-sensitive outcomes in intensive care units. *Nurs Open*, 4(3), 149–156. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.85>
- Torres, G., Nascimento, E., Hermida, P., Malfussi, L. & Galetto, S. (2021). Cuidados para prevenção de extubação não planejada: análise da validade do conteúdo de um instrumento. *Rev Bras Enferm*, 74(1), e20180998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0998>
- Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Disponível em: [https://www.ipportalegre.pt/media/filer\\_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado\\_em\\_enfermagem.pdf](https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf)
- Uy, A. et al (2019). Incidência, fatores de risco e desfechos da extubação não planejada em pacientes adultos em um hospital de ensino com recursos limitados nas Filipinas: um estudo de coorte. *Rev Bras Ter Intensiva*, 31(1), 79-85. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190012>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.
- Wilson, J. (2003). *Controlo de infeção na prática clínica*. Loures: Lusociência.
- Winn, H. et al (2011). Neurochemical Pathomechanisms in Traumatic Brain injury. In *Youmans Neurological Surger*. United States of America: Elsevier Saunders.
- World Health Organization. *CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) OUTBREAK: RIGHTS, ROLES AND RESPONSIBILITIES OF HEALTH WORKERS, INCLUDING KEY CONSIDERATIONS FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 2020 Nov 8]. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0)

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Cronograma**

Etapas	Atividades	2021				2022		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Diagnóstico de Situação	Entrevista não estruturada com a Enfermeira Gestora e Supervisora Clínica							
	Identificação da Necessidade de Intervenção							
	Pesquisa em Base de Dados							
Planeamento	Definição de Objetivos							
	Elaboração do Cronograma							
	Definição das atividades/estratégias a desenvolver							
	Definição dos meios necessários							
Execução	RSL							
	Planificação da sessão de formação							
	Sessão de Formação							
	Desenvolvimento do artigo científico							
Avaliação	Aplicação do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação							
	Análise dos dados							
Divulgação	Apresentação de Póster no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica							
	Apresentação de Póster em evento a definir							
	Entrega de Proposta de Projeto de Estágio							
	Desenvolvimento do Relatório							
	Entrega do Relatório							



**Apêndice II – Artigo Científico**

## **Resumo**

**Introdução:** A ENP é um EA considerado como um importante indicador de qualidade na prestação de cuidados à pessoa com ventilação comprometida que pode desencadear complicações que colocam em risco a sua vida.

**Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem que previnam a ENP da pessoa com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos.

**Metodologia:** Recurso a uma revisão sistematizada da literatura efetuando a pesquisa com consulta nos motores de busca da EBSCO e B-on. Após definida a questão de investigação "Quais as intervenções de enfermagem que previnem a ENP da pessoa com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos?", foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondam à questão de investigação, em português ou inglês, com data de publicação entre 2016 e 2021. Da pesquisa resultaram 12 artigos que serviram de matriz à sistematização das intervenções de enfermagem relativamente a esta temática.

**Resultados:** Uma vez verificado este evento como uma realidade atual na prestação de cuidados em UCI que conduz a complicações, revela-se pertinente delimitar intervenções de enfermagem para o evitar. Estas encontram-se diretamente relacionadas com os fatores de risco ou potenciadores de uma ENP. Neste sentido as intervenções evidenciadas são: monitorização e gestão de situações de delírio, dor e nível de sedação/agitação; promoção de estratégias não farmacológicas como diminuição de ruído e ajuste de luminosidade; vigilância de sinais de desconforto; vigilância da estabilidade do dispositivo respiratório; avaliação diária da possibilidade de início de desmame ventilatório; optimização da comunicação com a pessoa ventilada; promoção do envolvimento da família/cuidadores no processo de cuidados; monitorização redobrada em momentos potenciadores deste tipo de evento tais como os cuidados de higiene, transportes, alternância de decúbitos e no processo de desmame de sedação; aplicação de dispositivo de imobilização no caso de nenhuma outra estratégia surtir efeito, em consenso na equipa de cuidados e com uma avaliação regular da sua necessidade.

**Conclusão:** Através de intervenções de enfermagem centradas na pessoa com ventilação comprometida é possível uma descida significativa na taxa de ENP em contexto de cuidados intensivos, traduzindo-se em melhores resultados em saúde.

**Palavras-chave:** Extubação; Cuidados de Enfermagem; UCI.

## **Abstract**

**Introduction:** *Unplanned extubation is an adverse event considered as an important quality indicator in the provision of care to people with compromised ventilation that can trigger life-threatening complications.*

**Objective:** *Identify nursing interventions that prevent unplanned extubation of the person with compromised ventilation in the intensive care context.*

**Methodology:** *Use of a systematic review of the literature carrying out the search with consultation in the EBSCO and B-on search engines. After defining the research question "What are the nursing interventions that prevent the unplanned extubation of people with compromised ventilation in the intensive care context?", the following inclusion criteria were applied: articles that answer the research question, in portuguese or english, with publication date between 2016 and 2021. The search resulted in 12 articles that served as a matrix for the systematization of nursing interventions on this topic.*

**Results:** *This event was verified as a current reality in the provision of care in intensive care units that leads to complications, and it is relevant to delimit nursing interventions to avoid it. These are directly related to risk factors or potentiators of unplanned extubation. In this sense, the interventions highlighted are: monitoring and management of situations of delirium, pain and level of sedation/agitation; promotion of non-pharmacological strategies such as noise reduction and brightness adjustment; surveillance of signs of discomfort; surveillance of respiratory device stability; daily assessment of the possibility of initiating ventilatory weaning; optimization of communication with the ventilated person; promotion of family/caregiver involvement in the care process; redoubled monitoring at times that potentiate this type of event, such as hygiene care, transport, alternation of position and in the process of weaning from sedation; application of an immobilization device if no other strategy is effective, in agreement with the care team and with a regular assessment of its need.*

**Conclusion:** *Through person-centered nursing interventions of the person with compromised ventilation, a significant decrease in the rate of unplanned extubation in the intensive care context is possible, translating into better health outcomes.*

**Key-words:** *Airway Extubation; Nursing Care; Intensive Care Unit.*

**Apêndice III – Póster “Prevenção da Extubação Não Planeada na Unidade de Cuidados Intensivos”**

# Prevenção da Extubação Não Planeada na Unidade de Cuidados Intensivos

Filipe Onofre Ramos<sup>1</sup>, Maria Manuela Fernandes<sup>2</sup>, Maria do Céu Marques<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora, Portugal; <sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; <sup>3</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre, Portugal

## Introdução

A extubação orotraqueal consiste na remoção do tubo orotraqueal (TOT) nas pessoas com necessidade de ventilação mecânica invasiva<sup>1</sup>. Contudo quando esse processo surge de forma não intencional seja por ação da pessoa (autoextubação), seja por ação de profissionais de saúde durante a prestação de cuidados (extubação acidental), denomina-se extubação não planeada (ENP)<sup>2</sup>. A ENP é um evento adverso considerado como um importante indicador de qualidade na prestação de cuidados à pessoa com ventilação comprometida<sup>3</sup> que pode desencadear complicações que colocam em risco a sua vida<sup>4</sup>.

## Objetivo

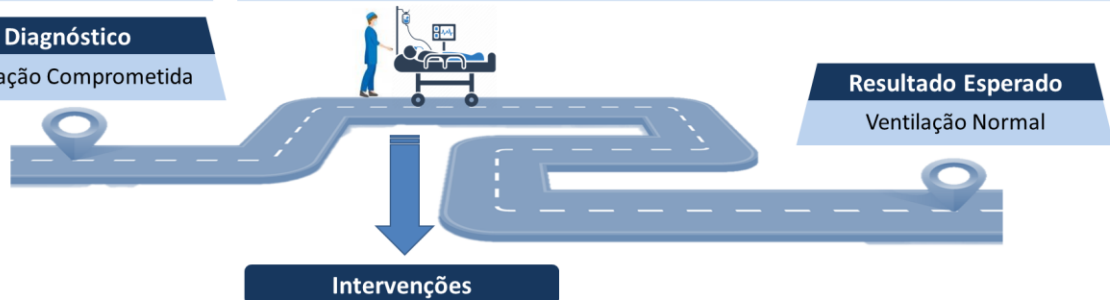
Identificar as intervenções de enfermagem que previnam a ENP da pessoa com ventilação comprometida em contexto de cuidados intensivos.

## Metodologia

Recurso a uma revisão sistematizada da literatura efetuando a pesquisa com consulta nos motores de busca da EBSCO e B-on. Seleção de artigos científicos em português ou inglês e com data de publicação entre 2016 e 2021.

## Diagnóstico

Ventilação Comprometida



## Resultado Esperado

Ventilação Normal

## Intervenções

- ❖ Identificar e monitorizar situações de delírio, dor e nível de sedação/agitação através de escalas validadas<sup>5,6,7,8, 9,10,11,12</sup>;
- ❖ Gerir a analgesia, sedação e tratamento farmacológico do delírio<sup>6,7,8,9,10,11,12</sup>;
- ❖ Promover estratégias não farmacológicas como diminuição de ruído, ajuste de luminosidade, promoção do sono, promoção das visitas e comunicação, prevenção do isolamento da pessoa<sup>5,12</sup>;
- ❖ Vigiar sinais de desconforto (náuseas, sensação de vômito, tosse frequente)<sup>12</sup>;
- ❖ Aplicar dispositivo de imobilização, em consenso na equipa de cuidados e com uma avaliação regular da sua necessidade<sup>5,8,13</sup>.

- ❖ Optimizar a comunicação com a pessoa ventilada (através de mimica gestual/labial, cartões ilustrativos, escrita)<sup>13</sup>;
- ❖ Promover o envolvimento da família/cuidadores no processo de cuidados<sup>15</sup>.

- ❖ Avaliar diariamente a possibilidade de início de desmame ventilatório<sup>5,6,8</sup>;
- ❖ Optimizar a fixação do TOT, utilizando o material mais adequado conforme a condição da pele ao redor do TOT<sup>5,14</sup>;
- ❖ Vigiar a tração do TOT pelo circuito do ventilador ou mordedura do TOT pela pessoa<sup>5,9</sup>;
- ❖ Gerir a troca de posição do TOT com objetivo de não macerar os cantos da cavidade oral<sup>5,14</sup>.

- ❖ Promover a formação contínua e sensibilização da equipa sobre a temática<sup>5,11,12</sup>;
- ❖ Promover a troca de experiências com outras equipas sobre a ENP<sup>13</sup>;
- ❖ Encorajar o *debriefing* após o evento<sup>13</sup>.

- ❖ Manter as dotações seguras de enfermagem<sup>5,7,11,12,14</sup>;
- ❖ Promover uma maior supervisão da pessoa no serviço (ex. unidade *open-space* ou câmaras nos quartos)<sup>12,14</sup>.

## Conclusão

Através de cuidados de enfermagem centrados na pessoa com ventilação comprometida é possível uma descida significativa na taxa de ENP em contexto de cuidados intensivos, traduzindo-se em melhores resultados em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup>Parotto, M., Cooper, R. & Behringer, E. (2020). Extubation of the Challenging or Difficult Airway. *Curr Anesthesiol Rep*, 10, 334-340.
- <sup>2</sup>Ribeiro, G., Silva, R. & Ferreira, M. (2016). Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. *Rev Bras Enferm*, 69(5), 915-923.
- <sup>3</sup>Rocheta, J. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). ENSP-UNL, Lisboa.
- <sup>4</sup>Mohammed, H. & Ali, A. (2018). Nursing issues of unplanned extubation in ICU. *Int J Nurs Sci*, 8(2), 17-20.
- <sup>5</sup>Torres, G., Nascimento, E., Hermida, P., Malfussi, L. & Galetto, S. (2021). Cuidados para prevenção de extubação não planejada: análise da validade do conteúdo de um instrumento. *Rev Bras Enferm*, 74(1), e20180998.
- <sup>6</sup>Chao, C. et al (2017a). Prognostic factors and outcomes of unplanned extubation. *Sci Rep*, 7, 8536.
- <sup>7</sup>Kwon, E. & Choi, K. (2017). Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*, 11, 74-78.
- <sup>8</sup>Lin, P. et al (2019). Outcomes of unplanned extubation in ordinary ward are similar to those in intensive care unit. *Medicine*, 98(11), e14841.
- <sup>9</sup>Lee, J., Park, H. & Chung, E. (2018). Use of electronic critical care flow sheet data to predict unplanned extubation in ICUs. *UMJ*, 117, 111-115.
- <sup>10</sup>Uy, A. et al (2019). Incidência, fatores de risco e desfechos da extubação não planejada em pacientes adultos em um hospital de ensino com recursos limitados nas Filipinas: um estudo de coorte. *Rev Bras Ter Intensiva*, 31(1), 79-85.
- <sup>11</sup>Mahmood, S. (2019). Self-Extubation in Patients with Traumatic Head Injury: Determinants, Complications, and Outcomes. *Anesth Essays Res*, 13(3), 589-595.
- <sup>12</sup>Daniellis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A. (2018). Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 69-77.
- <sup>13</sup>Chao, C. et al (2017b). Multidisciplinary interventions and continuous quality improvement to reduce unplanned extubation in adult intensive care units: A 15-year experience. *Medicine*, 96(27), e6877.
- <sup>14</sup>Lucchini, A. et al (2018). Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed*, 89(7-S), 25-31.
- <sup>15</sup>Lin, L., Chao, Y. & Lin, P. (2017). The Effect of Family Member Reminders on Reducing Anxiety and Unplanned Extubation in ICU Patients. *Hu Li Za Zhi*, 64(5), 41-49.

**Apêndice IV – Planeamento da Sessão de Formação na UCI**

<p><b>Tema:</b> Prevenção da ENP na UCI.</p> <p><b>Objetivo geral:</b> Rever conhecimentos sobre a prevenção da ENP com foco nos cuidados de enfermagem à pessoa com ventilação comprometida.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a pertinência da temática para os cuidados prestados em contexto de UCI;</li> <li>- Esquematizar os cuidados de enfermagem que previnem a ENP em contexto de cuidados intensivos.</li> </ul>	<p><b>Local:</b> Balcão de enfermagem.</p> <p><b>Nº de Sessões:</b> 3.</p> <p><b>Datas:</b> 07/01/2022 e 08/01/2022.</p> <p><b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem da UCI.</p> <p><b>Duração:</b> 10'.</p>
--	--

<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos</b>
Introdução	1'	Apresentação do tema e dos objectivos da sessão	Expositivo	Póster
Desenvolvimento	8'	Definição do conceito de ENP e da pertinência da temática em contexto de cuidados intensivos Apresentação dos resultados da pesquisa efectuada com foco nos cuidados de enfermagem à pessoa com ventilação comprometida	Expositivo Interativo	Póster
Conclusão	1'	Síntese dos conteúdos Esclarecimento de dúvidas e/ou questões Recolha de sugestões	Expositivo Interrogativo	Póster
Avaliação	Pós sessão	Aplicação de questionário de avaliação da sessão	Interrogativo	Questionário

**Apêndice V – Póster “Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem  
Emergentes à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular”**



# Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem Emergentes à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular

Filipe Onofre Ramos<sup>1</sup>, Margarida Froufe dos Santos<sup>2</sup>, Maria do Céu Marques<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora, Portugal

<sup>2</sup>Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<sup>3</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre, Portugal

## Introdução

O traumatismo vertebro-medular (TVM) implica alterações estruturais ou fisiológicas da coluna vertebral e/ou medula espinal devido a forças energéticas externas<sup>1</sup> e estima-se que afete milhares de pessoas em Portugal<sup>2</sup>. Cerca de 3 a 25% das pessoas com TVM têm complicações por atrasos no diagnóstico ou de cuidados inadequados no serviço de urgência<sup>3</sup>. Sendo a abordagem ABCDE o método mais adequado na intervenção à pessoa com TVM, revela-se pertinente compreender quais os cuidados de enfermagem adaptados a esta pessoa no serviço de urgência com o objetivo de antecipar complicações.

## Objetivo

Sistematizar os cuidados de enfermagem adequados à pessoa com TVM utilizando a abordagem ABCDE, no serviço de urgência.

## Metodologia

Recurso a uma Revisão Narrativa da Literatura efetuando a consulta por *guidelines* em bases de dados de instituições de referência na área. Seleção de *guidelines* em português ou inglês e com data de publicação entre 2008 e 2021.

## Resultados<sup>1,4,5</sup>

### A – Via Aérea

#### Estabilização Cervical

- Optimizar imobilização (colar cervical)
- Posicionar (em bloco, recurso a maca Stryker)

#### Monitorizar Estado de Consciência

- Escala de Glasgow (Se valor inferior a 8, deve ser colocado TOT para proteção da via aérea)

#### Ventilação

- Optimizar dispositivos respiratórios
- Vigiar adaptação ao ventilador
- Optimizar tubo orotraqueal

#### Limpeza das vias aéreas

- Vigiar tosse
- Aspirar secreções

### Após estabilização da vítima

- Compreender o **Mecanismo de Lesão**
- **Apoio Emocional** da Pessoa e Família
- Preparação para **transporte** (imagiologia, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos ou internamento)

### E – Exposição

#### Pele

- Avaliar integridade da pele (feridas, deformidades)

#### Monitorizar sinais vitais

- Monitorizar temperatura corporal (promover a normotermia)

#### Úlcera de Pressão

- Avaliar risco de úlcera de pressão

#### Queda

- Avaliar risco de queda

### B - Respiração

#### Monitorizar sinais vitais

- Vigiar respiração
- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio

#### Oxigenoterapia

- Optimizar oxigenoterapia

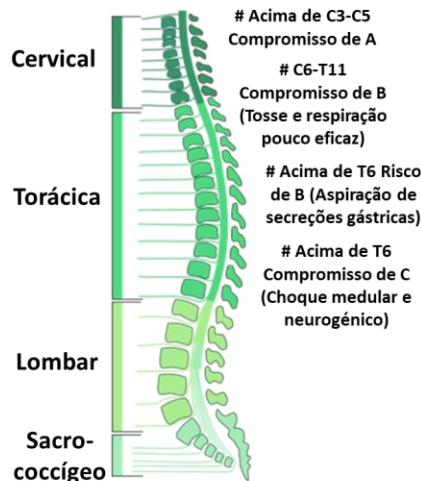


Figura 1. Sinais de Alerta consoante a localização da lesão

### C – Circulação

#### Perda Sanguínea

- Avaliar Perda Sanguínea

#### Monitorizar sinais vitais

- Monitorizar Tensão Arterial
- Monitorizar Frequência Cardíaca
- Se hipotensão + bradicardia + hipotermia → **Choque Neurogénico**

#### Avaliação neurocirculatória

- Avaliar a perfusão dos tecidos (trombose venosa profunda, tempo de preenchimento capilar)

#### Cuidados aos acessos venosos periféricos ou centrais

- Optimizar cateterismo periférico ou central

#### Cuidados à sonda gástrica

- Vigiar conteúdo (conteúdo hemático?)

#### Cuidados ao cateter urinário

- Monitorizar eliminação urinária
- Vigiar eliminação urinária

### D – Disfunção Neurológica

#### Monitorizar Estado de Consciência

- Escala de Glasgow

#### Atividade motora

- Avaliar movimento (Força mantida?)
- Avaliar paresia (Sem perda? Perda total ou parcial?)

#### Perfusão dos Tecidos

- Vigiar percepção sensorial (táctil e dolorosa)

#### Metabolismo Energético

- Monitorizar glicemia capilar

#### Monitorizar sinais vitais

- Vigiar dor (características, dor neuropática?)
- Monitorizar dor (escalas de avaliação)

## Conclusão

Através do método ABCDE é possível a conceção de uma sistematização da abordagem à pessoa com TVM versando os focos de enfermagem, possibilitando tornar-se numa ferramenta útil para as equipas de enfermagem dos serviços de urgência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup>Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- <sup>2</sup>Ferreira, M. (2012). *Adaptação à Lesão Vertebro-Medular: Influência da Felicidade, Sentido de Vida, Suporte Social, Depressão e Coping na Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- <sup>3</sup>Hughes, R. (2003). The management of patients with spinal cord injury. *Clinical Advances*, 99(50), 38-41.
- <sup>4</sup>Consortium for Spinal Cord Medicine (2008). *Early Acute Management in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Providers*. USA: CSCM.
- <sup>5</sup>National Institute for Health and Care Excellence (2016). *Spinal injury: assessment and initial management*. UK: National Clinical Guideline Centre.

## **Apêndice VI – Planeamento da Sessão de Formação no SU**

<p><b>Tema:</b> Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TVM no SU.</p> <p><b>Objetivo geral:</b> Rever conhecimentos sobre a abordagem ABCDE com foco nos cuidados de enfermagem à pessoa com TVM no SU.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a pertinência da temática para os cuidados prestados em contexto de SU;</li> <li>- Esquematizar a abordagem ABCDE com foco nos cuidados de enfermagem à pessoa com TVM.</li> </ul>		<p><b>Local:</b> Sala de enfermagem.</p> <p><b>Nº de Sessões:</b> 3.</p> <p><b>Datas:</b> 21/06/2021.</p> <p><b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do SU.</p> <p><b>Duração:</b> 10'.</p>		
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos</b>
Introdução	1'	Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	Expositivo	Póster
Desenvolvimento	8'	Definição do conceito de traumatismo vertebro-medular e da pertinência da temática em contexto de Urgência Apresentação da abordagem ABCDE com foco nos cuidados de enfermagem à pessoa com TVM	Expositivo Interativo	Póster
Conclusão	1'	Síntese dos conteúdos Esclarecimento de dúvidas e/ou questões	Expositivo Interrogativo	Póster
Avaliação	Pós sessão	Recolha de <i>feedback</i> dos formandos	Interrogativo	Equipa de Enfermagem

**ANEXOS**

**Anexo I – Certificado de Participação no V Congresso Internacional de  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

# V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021  
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

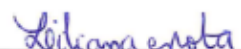
E SE NÃO HOUVESSE  
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA?

## CERTIFICADO

Certifica-se que Filipe Miguel Onofre Ramos, apresentou o póster "*Abordagem ABCDE: Cuidados de Enfermagem Emergentes à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*", da autoria de Filipe Miguel Onofre Ramos, Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos e Maria do Céu Mendes Pinto Marques, no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: *E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*, que decorreu entre os dias 26 e 27 de Outubro de 2021, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420

Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



**Anexo II – Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de  
Cuidados Intensivos**



## CERTIFICADO

### APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: Prevenção da Extubação Não Planeada na Unidade de Cuidados Intensivos** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **Filipe Miguel Onofre Ramos; Maria do Céu Mendes Pinto Marques; Maria Manuela Antunes Fernandes.**

**19 e 20 Fev 2022**

ORGANIZAÇÃO:



  
António Marinho

  
José António Pinho





**Anexo III – Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem**



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **FILIPE MIGUEL ONOFRE RAMOS**, participou IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN

## PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
Moderador: António Borges

Ana Paula Silva "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19"

Ricardo Faria "Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-"

Isabel Faia "Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review"

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)  
"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse"

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes "Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado"

Ana Paramos "A esperança na intervenção especializada junto do adolescente"

Débora Querido "A promoção da vinculação -um valor em saúde"

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)  
"Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia"

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA  
Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado "Crianças e o Covid-19: intervenção de enfermagem comunitária"

Sónia Coelho "As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia"

Maria do Céu Pires "Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia"

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracollí (Universidade de São Paulo)  
"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

16:15 – Lançamento do Livro "25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis"

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL

