



Sépsis no Doente Crítico: processo para a implementação do protocolo em caso suspeito de sépsis num serviço de urgência

Ana Isabel Alves Oliveira

UMinho | 2022



Universidade do Minho

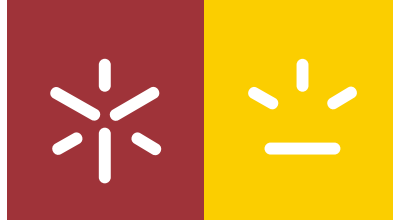
Escola Superior de Enfermagem



Ana Isabel Alves Oliveira

Sépsis no Doente Crítico: processo para a implementação do protocolo em caso suspeito de sépsis num serviço de urgência

março de 2022



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Ana Isabel Alves Oliveira

Sépsis no Doente Crítico: processo para a implementação do protocolo em caso suspeito de sépsis num serviço de urgência

Relatório de estágio

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora

Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-CompartilhadaIgual

CC BY- NC-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula Macedo por toda a partilha de conhecimentos e colaboração no presente trabalho, sempre disponível e com palavras de ânimo.

Aos meus tutores de estágio que partilharam a sua experiência e sabedoria com toda a sua paciência, Gabriel Costa e Marisa Fernandes.

Aos colegas que desenvolveram o estágio comigo, pela energia transmitida todos os dias.

Aos meus colegas de curso pela partilha de experiências e aprendizagens, assim como pelo incentivo a novos desafios.

Aos meus amigos, sempre presentes e que me encorajaram a concluir esta etapa, pelas palavras de incentivo constantes.

Aos meus pais, irmão e namorado por toda a força nos momentos mais cansativos e difíceis.

A todos os que se cruzaram comigo neste percurso que direta ou indiretamente contribuíram para o enriquecimento das minhas aprendizagens e competências.

A todos o meu muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

O enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica apresenta competências para cuidar da pessoa em risco de vida, prestando cuidados de forma continuada, prevendo e detetando possíveis complicações. O presente relatório reflete nas atividades desenvolvidas durante o estágio em contexto de urgência, relevando as competências específicas do enfermeiro especialista. É no âmbito deste estágio que é despoletada a necessidade de implementar um protocolo de sépsis no serviço de urgência. Neste relatório de estágio destaca-se a evidência científica, nacional e internacional e as orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde em 2017. O relatório apresenta dois momentos com objetivos distintos, no primeiro, descrever de forma crítica o percurso que permitiu o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo por base a metodologia reflexiva, exploratória e descritiva; no segundo, explorar a produção científica sobre as intervenções de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Sépsis e construir um protocolo em caso suspeito de sépsis a implementar no serviço de urgência, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto. A revisão de literatura foi utilizada com vista a responder às necessidades de exploração e conhecimento científico atual sobre a temática. No âmbito do estágio em contexto do serviço de urgência destaca-se o desenvolvimento de competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista. O protocolo sobre a sépsis, objeto de estudo, foi construído com vista a ser implementado desde a triagem da pessoa em situação crítica no serviço de urgência, dirigido aos enfermeiros. Para a iniciação deste processo de implementação foi realizada uma ação de formação com vista à consciencialização destes profissionais de saúde. Conclui-se que a implementação de um protocolo de intervenção direcionada para as necessidades da pessoa com suspeita de sépsis permite uma atuação precoce e uma prevenção de complicações, reduzindo a mortalidade e morbilidade. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica é aquele que apresenta o melhor perfil para responder às necessidades da pessoa com suspeita de sépsis. A prática baseada na evidência melhora a qualidade dos cuidados prestados, e consequentemente, a excelência dos cuidados prestados no serviço de urgência. Para tal, torna-se fundamental a continuidade no investimento na diáde investigação e formação contínua pelos profissionais de enfermagem, com vista à qualidade de cuidados à pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis.

Palavras-Chave: doente crítico; enfermagem de cuidados críticos; emergência; sépsis.

ABSTRACT

The nurse specialist of a person in a critical situation has skills to provide continuous care, predict and detect possible complications in a person with life-threatening illness. This report reflects the activities developed during the internship in an emergency context, highlighting specific skills and competencies of a specialist nurse. During the internship was identified a need to implement a sepsis protocol in the emergency department. In this internship report, the scientific national and international evidence and the guidelines issued by the General Directorate of Health in 2017 are highlighted. Two different moments with different objectives are described in the present report. The first moment aims to describe the path which allowed the development of skills as a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Person in Critical Situation. The second moment aims to explore the scientific data regarding nursing interventions in the critically ill person with Sepsis and build a protocol in suspected cases of sepsis to be implemented in the emergency department. The description of skills and learning developed was based on a reflective, exploratory, and descriptive methodology. For the construction of this report, the project work methodology was used in order to implement the protocol in a suspect case of sepsis. The literature review was used in order to respond to the need for exploration and current scientific knowledge on the subject. As well as results, the common competences and the specific competences of the specialist nurse were developed in a practical context, in the emergency department. As part of this internship, a protocol on sepsis was developed to be implemented by nurses in the emergency department from the moment a patient is recognized with a critical condition. To start the implementation process, a training action was carried out to raise health professionals awareness. It is concluded that the implementation of an intervention protocol directed to the person with suspected sepsis allows for an early intervention and prevention of complications, reducing mortality and morbidity. The specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Persons in Critical Situation is the one who has the best profile to respond to the needs of a person with suspected sepsis. Evidence-based practice improves the quality of care provided, and consequently, the excellence of care provided in the emergency department. It is essential to continue to invest in research and continuing education of nursing professionals, in order to provide quality care to people in critical situations with suspected sepsis.

Key words: critical care nursing; critically ill; emergency; sepsis.

O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.

Booker T. Washington (1900)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	17
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	18
1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	18
1.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade	22
1.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	26
1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	28
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	30
1.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica	31
1.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação 35	
1.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	38
2. O CUIDAR DA PESSOA COM SUSPEITA DE SÉPSIS	41
2.1. Sépsis e Choque Séptico: Evolução dos Conceitos	41
2.2. Fisiopatologia da Sépsis	43
2.3. Normas e Orientações para o Atendimento à Pessoa com Sépsis.....	44
2.4. Via Verde Sépsis em Portugal	47
3. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA COM SUSPEITA DE SÉPSIS.....	50
3.1. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com suspeita de Sépsis no Serviço de Urgência	50
3.2. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Suspeita de Sépsis: Revisão Integrativa da Literatura	52
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	61
4.1. Serviço de Urgência: Contexto de Estágio.....	62
4.2. Diagnóstico da Situação	63
4.3. Definição de Objetivos	66

4.4. Planeamento.....	67
4.5. Execução	68
4.6. Avaliação e Divulgação dos Resultados	75
CONCLUSÃO	80
BIBLIOGRAFIA	85
APÊNDICES.....	90
Apêndice I – Excertos significativos da Entrevista realizada ao Enfermeiro Diretor do Serviço de Urgência.....	91
Apêndice II – Cronograma do Desenvolvimento do Relatório de Estágio	92
Apêndice III – Protocolo de Atuação em Caso Suspeito de Sepsis	93
Apêndice IV – Ação de Formação “Atuação do Enfermeiro em Caso Supeito de Sepsis”	103
Apêndice V – Ficha de Avaliação da Ação de Formação.....	111
ANEXOS	113
Anexo I – Via Verde Sepsis no Adulto (DGS – Norma 010/2016 – Revista em 2017 – excluindo textos de apoio e anexos).....	114

ÍNDICE DE SIGLAS

ACCP - American College of Chest Physicians

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMCEPSC - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAM – Pressão Arterial Média

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Plano de Emergência

PICO - Population, Intervention, Comparison; Outcome

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

SCCM - Society Critical Care Medicine

SDRA - Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRS - Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOFA - Sequential Organ Failure Assessment

SRIS - Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

SSC - Surviving Sepsis Campaign

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Pergunta PICO da etapa de revisão da literatura (elaborado pelo autor)	54
Quadro 2 - Descritores em Ciências da Saúde (elaborado pelo autor)	55
Quadro 3 - Quadro de referência dos artigos de revisão bibliográfica (elaborado pelo autor)	57
Quadro 4 - Análise SWOT do diagnóstico da situação (elaborado pelo autor)	65
Quadro 5 - Definição de objetivos e metas do projeto (elaborado pelo autor)	67
Quadro 6 - Planejamento das atividades do projeto (elaborado pelo autor)	67
Quadro 7 - Critérios de caso suspeito da Via Verde Sepsis da DGS (Norma 010/2016, revista em 2017)	72
Quadro 8 - Plano de Sessão da Ação Formativa: atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis (elaborado pelo autor)	74
Quadro 9 - Cronograma do Desenvolvimento do Relatório de Estágio (elaborado pelo autor) ..	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis (elaborada pelo autor)	70
Figura 2 - Formulário de ativação do protocolo de atuação do enfermeiro em caso de sépsis (elaborada pelo autor).....	72
Figura 3 - Resposta à questão 1: Avaliação geral da ação (elaborada pelo autor).....	76
Figura 4 - Resposta à questão 2.1: Avaliação dos formadores: conhecimentos/conteúdos (elaborada pelo autor).....	77
Figura 5 - Resposta à questão 2.2.: Avaliação dos formadores: conhecimentos (elaborada pelo autor)	77
Figura 6 - Resposta à questão 3: Organização da ação (elaborada pelo autor).....	78

INTRODUÇÃO

A sépsis consiste numa disfunção orgânica, causada por uma resposta do hospedeiro à infeção, que, quando desregulada, pode causar disfunções orgânicas e colocar em risco a vida. Este problema afeta milhões de pessoas por ano, com mortalidade de 1 em cada 4 pessoas. A identificação precoce e intervenção nas primeiras horas são fundamentais para a redução da mortalidade (Rhodes et al., 2017).

O novo consenso da definição de sépsis está associado a sépsis, infeção e choque séptico (sépsis-3), os aspetos mais valorizados, abandonando o conceito de sépsis grave, uma vez que a sépsis é toda ela considerada como grave. Para a triagem da sépsis é efetivo o recurso ao uso do score qSOFA e o score SOFA para critério clínico para o diagnóstico desta patologia. O recurso a uma abordagem sistematizada e padronizada, com utilização de recursos materiais e humanos de modo eficiente, reduz a morbimortalidade e os custos hospitalares, e por outro lado beneficia a qualidade do cuidado da pessoa com sépsis (Santos & Nunes, 2019).

A abordagem do enfermeiro à pessoa com sépsis requer conhecimento, destreza e prática para o rápido reconhecimento e intervenção precoce, promovendo uma melhor esperança de vida, reduzindo a morbilidade e a mortalidade. A intervenção do enfermeiro à pessoa com sépsis inicia-se, principalmente, no primeiro contacto com a pessoa em situação crítica no serviço de urgência, pelo que deve ser identificada a pessoa com sépsis desde o momento de triagem. Este papel do enfermeiro nem sempre é valorizado e reconhecido, uma vez que as próprias guidelines internacionais não contemplam explicitamente as intervenções do enfermeiro, perante a pessoa com suspeita de sépsis.

Deste modo, surge a necessidade de desenvolver este tema no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, integrada no Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (2º ano), da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes, e em concordância com o Decreto-Lei 230 (2009), em que foi proposta a elaboração de um projeto no âmbito da atividade de enfermeira que cuida do doente crítico.

A realização do estágio decorreu no serviço de urgência de um hospital do norte do país, orientado por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica, que decorreu desde o dia 13 de janeiro de 2021 a 6 de junho de 2021.

O enfermeiro especialista é que aquele que possui conhecimento aprofundado e sobre um domínio específico, com formação humana, científica e técnica para prestar cuidados, particularmente em situações complexas, numa equipa de emergência. Os cuidados à pessoa em situação crítica são de extrema importância, pois incluem o diagnóstico, monitorização e previsão e deteção precoce de complicações, intervindo em tempo útil. O enfermeiro especialista na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica é o profissional mais recomendado a desempenhar funções de chefe de equipa no serviço de urgência (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

O presente documento tem como objetivo, num primeiro momento, refletir criticamente sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Num segundo momento pretende-se: i) realizar uma revisão da literatura sobre a pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis; ii) identificar as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis; iii) elaborar um protocolo de atuação face à pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis no serviço de urgência.

O primeiro momento, e tendo em conta o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências, estas imprescindíveis à prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, fundamentou-se no quadro legal do exercício profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). No segundo momento houve o recurso às bases de dados (EBSCO, Scielo; RCAAP) e da biblioteca da Universidade do Minho (Gualtar), sistematizando-se os estudos fundamentais para o desenvolvimento do projeto de intervenção no âmbito das competências do enfermeiro especialista e apresentação de um protocolo para o contexto onde se realizou o estágio. Neste processo, deu-se seguimento às etapas da Metodologia de Projeto (diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados), que consiste num processo de aquisição de competências e características pessoais através da investigação, confrontando-a com a realidade da prática de enfermagem. Assim, o projeto, para além de se basear numa investigação sustentada, contempla também um desenho de uma intervenção, com vista à resolução dos problemas, descrito como investigação-ação (Ruivo et al., 2010).

O presente relatório de estágio pretende evidenciar as aprendizagens e competências desenvolvidas no estágio, para validar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCEPSC). A sua redação obedeceu às normas de formatação de 2019, Despacho RT-

31/2019 da Universidade do Minho, e normas de referências bibliográficas da 7ª edição da APA (American Psychological Association).

A estrutura do presente trabalho inicia-se pela reflexão crítica sobre as competências do enfermeiro, desenvolvidas ao longo de todo o estágio. Inicialmente são abordadas as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, que se desenvolveram neste contexto de estágio, explorando os quatro domínios que abrangem. De seguida, apresentam-se as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, de forma a descrever as aprendizagens que revelaram o desempenho de cada uma das competências do enfermeiro especialista, explorando as três principais competências, fundamentadas em exemplos vivenciados e no Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

O capítulo 2 intitulado de *O Cuidar da Pessoa com Suspeita de Sepsis*, explora o tema da sepsis, nomeadamente os conceitos, fisiopatologia e normas e orientações no atendimento à pessoa com sepsis. No último subcapítulo é apresentada a norma portuguesa sobre a Via Verde Sepsis e as orientações para as intervenções recomendadas a adotar no serviço de urgência. Note-se que neste trabalho, sendo o foco das intervenções de enfermagem a pessoa com suspeita de sepsis, a terminologia utilizada refere-se à pessoa com suspeita de sepsis, apesar de alguns autores se referirem a doente com sepsis.

O terceiro capítulo descreve o papel do enfermeiro no cuidado à pessoa com suspeita de sepsis, com definição das funções e papel do enfermeiro num serviço de urgência, em intervenções direcionadas para o doente crítico. De seguida apresenta-se a revisão da literatura com base na questão PICO, e nos resultados encontrados, de forma a descrever o papel do enfermeiro perante a pessoa com sepsis.

O capítulo que se refere ao projeto de intervenção no serviço de urgência, o capítulo quatro, descreve as características de um serviço de urgência, e de forma mais específica o serviço onde decorreu o estágio, e as suas dimensões e recursos. Perante a caracterização da área de desenvolvimento do estágio é elaborado um diagnóstico da situação, em que emerge as necessidades do serviço, apontando para o desenvolvimento de um projeto no âmbito da pessoa com suspeita de sepsis. Assim, de acordo com a metodologia de projeto são apresentados os objetivos do projeto, o planeamento, a execução e a avaliação e divulgação dos resultados. Ao longo da constituição deste projeto e desenvolvido um protocolo e uma ação de formação, com vista a suprir as necessidades identificadas aquando do diagnóstico da situação.

Perante a fase final do presente trabalho surgem considerações finais acerca do mesmo, presentes na conclusão, refletindo sobre as aprendizagens e dificuldades vivenciadas na redação do presente trabalho.

1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada foi desenvolvida no contexto do serviço de urgência, do hospital da zona norte de Portugal. Esta unidade curricular tem como objetivos: proporcionar a exploração de algumas temáticas que podem constituir uma base de trabalho para o relatório de estágio final ou dissertação de natureza científica; aprofundar a reflexão sobre questões emergentes no âmbito da pessoa em situação crítica; desenvolver competências de pesquisa sistemática, reflexão e crítica sobre resultados de investigação no âmbito das problemáticas inerentes à pessoa em situação crítica; promover o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa; promover o desenvolvimento de competências no âmbito da utilização das tecnologias de informação e comunicação; apresentar publicamente o relatório final ou uma dissertação de natureza científica.

O processo de aquisição de competências é descrito por Benner (2005) por diferentes níveis de desenvolvimento das competências - principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito, identificando as necessidades na área de ensino e aprendizagem dos enfermeiros. O enfermeiro focaliza o que é relevante nas situações e interpreta o seu significado, através da sua experiência. A perícia profissional do enfermeiro é atingida após enorme experiência, em que compreende de forma intuitiva todas as situações, apreendendo de imediato o problema. Este conhecimento adquirido pelo perito implica ser competente, e não somente uma aplicação do conhecimento, por ser uma forma de conhecimento de si mesmo (OE, 2017), isto é, o enfermeiro adquirir capacidades e habilidades no tempo, baseadas nas experiências profissionais, para se tornar um perito.

Os níveis de desenvolvimento do processo de aprendizagem apresentado por Benner, inicia-se pelo estágio 1, em que não existe experiência no confronto com a prática, o qual se designa de iniciado, desempenhando a prática baseada no conhecimento académico, que a partir do momento em que vivencia situações reais, o iniciado avançado já reconhece fatores significativos das experiências. Após pelo menos 3 anos de experiência profissional, o enfermeiro já efetua o planeamento das suas intervenções, com a definição de prioridades, alcançando o estágio de competente, que progride para proficiente após ter a capacidade de ler os fenómenos e decidir proficientemente. No último estágio, o perito já consegue explicar aspetos mais complexos e com capacidade de adaptabilidade, reconhecido pelos pares, sendo uma referência (Benner, 2005).

O perito é aquele que detém conhecimento profundo acerca de um determinado tema ou domínio, que possui conhecimentos e habilidades dirigidas a um fim definido, e que se aproxima do intelectual, na semelhança de outras áreas, como o artista. O enfermeiro perito é aquele que não se baseia apenas em princípios, linhas orientadoras ou regras, mas sim na sua experiência e compreensão intuitiva, através do seu percurso individual ao longo do tempo, pelo que se aplica a profissionais. Um perito não pode ser considerado um estudante, mas um profissional de enfermagem (Nunes, 2010).

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A profissão de enfermagem requer exigência técnica e científica, em que se verifica na generalidade a diferenciação e a especialização. Esta exigência é acompanhada pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que define a atribuição de títulos de especialista, que a este se reconhece a competência científica, técnica e humana, perante a prestação de cuidados especializados, que indiferente da titularidade da especialidade, é detentor de competências comuns do enfermeiro especialista. As competências comuns do enfermeiro especialista

“envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”, definidas pelo Regulamento n° 140/2019 (2019, p. 4744).

No Regulamento n° 140/2019 definem-se competências comuns como aquelas que são:

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (2019, p. 4745).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n° 140/2019, 2019). A reflexão sobre o desenvolvimento destas competências são apresentadas nos subcapítulos seguintes, fundamentada com a experiência vivenciada e evidência científica.

1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio refere-se ao desenvolvimento da prática de enfermagem, com carácter ético e legal, na sua área de especialidade, orientada pelos princípios éticos, normas legais e deontologia

profissional. As principais competências a adquirir referentes a este domínio são: desenvolver “*uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” e garantir “*práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Ao longo do meu exercício profissional procurei sempre desenvolver uma prática que respeitasse os direitos das pessoas, tal como inscrito na declaração universal dos direitos humanos e os princípios bioéticos considerados fundamentais em saúde: respeito, justiça, beneficência e não-maleficência, referida no artigo 81º dos valores humanos, presente na deontologia profissional de enfermagem (OE, 2015).

Na permanência no serviço de urgência, em partilha com os colegas profissionais, apercebi-me ainda do desconhecimento sobre a consulta do testamento vital ou da diretiva antecipada de vontade, que nem sempre estamos sensibilizados em consultar. A diretiva antecipada de vontade (testamento vital) é um

“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Lei nº 25/2012, 2012, p. 1).

Durante o período de estágio deparei-me com um doente na sala de emergência, que detinha de uma diretiva antecipada de vontade, referente ao recurso de procedimentos invasivos em fase avançada de doença e a recusa de algumas técnicas. Apenas me apercebi desta existência após prestar os primeiros cuidados de monitorização e instituição das primeiras medidas terapêuticas, aquando da consulta do processo clínico. A equipa médica também se apercebeu dessa medida apenas aquando da consulta do processo clínico. A situação em que o doente se encontrava e os cuidados prestados em nada entravam em conflito com a sua diretiva antecipada de vontade, mas caso a situação clínica se identificasse, receio que ocorresse um desrespeito pelas vontades da pessoa. Assim, esta experiência permitiu-me esta aprendizagem e sensibilizar-me para a consulta ativa da existência da diretiva antecipada de vontade no sistema informático, assim que seja possível. Posteriormente a própria instituição emitiu uma orientação para que os profissionais de enfermagem, aquando da avaliação inicial do doente, consultem essa diretiva, procedimento a ser interiorizado por toda a equipa do serviço de urgência.

Para além desta ocorrência, presenciei momentos em que o doente se encontrava em fim de vida a curto de prazo, com mau prognóstico, situações em que ocorreram em doentes admitidos na sala de emergência, que mesmo após instituídas todas as medidas, se manteve o prognóstico. Nestes momentos tive o cuidado de permitir o acesso aos familiares de visitarem a pessoa em situação crítica, mesmo na sala de emergência, e informar a possibilidade de mais familiares se deslocarem ao hospital para o fazerem. Apesar de ser uma sala pouco espaçosa e com necessidade de espaço livre, permiti a visita de familiares, com conhecimento do enfermeiro supervisor, mas apenas um de cada vez, para permitir a disponibilidade de área de trabalho para a eventual necessidade de ocupação da restante área da sala de emergência. Assim, foi possível respeitar a vontade dos familiares e o direito da pessoa estar acompanhada nos últimos momentos da sua vida.

Relativamente à gestão dos cuidados na equipa, de forma a fomentar a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa, baseei-me na Carta dos Direitos do Doente Internado, emitida pela Direção-Geral de Saúde, em que o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico. Assim, solicita-se o consentimento da pessoa para invadir a sua privacidade, explicando antecipadamente todos os procedimentos e tipo de exposição que irá ser necessário, antes de iniciar qualquer intervenção, principalmente numa sala de emergência, com monitorização contínua e procedimentos invasivos.

No decorrer do estágio em contexto de urgência, sem dúvida que por entre a rotatividade de doentes e entre as situações que requerem intervenções imediatas, por vezes a reflexão sobre os princípios éticos e legais ocorrem com dificuldade e dificultam a tomada de decisão. Devido às ocorrências em que se verifica o perigo de vida, a prioridade é a manutenção dos sinais vitais e estabilização do doente, principalmente em momentos em que estive a desempenhar funções na sala de emergência, mas sempre cumprindo o direito à privacidade da pessoa, ainda que se encontre numa sala partilhada por mais pessoas. Por vezes torna-se difícil as pessoas que se encontram no mesmo espaço (sala partilhada) não acederem a alguma informação, diagnóstico e até se aperceberem das intervenções e procedimentos realizados que decorrem à sua volta, colocando em causa a sua privacidade. Desta forma, pelas circunstâncias da situação, privilegiei sempre aquando da entrada de uma pessoa na sala de emergência, de correr as cortinas e colocar biombos para, aquando da abertura da porta da sala, não seja visualizado o doente do corredor ou pelos doentes que entrariam na sala. Para além disso, a exposição corporal surgia na necessidade de observação pormenorizada e da realização de exames e técnicas invasivas, como

algaliação, monitorização, e por isso havia necessidade de remover roupas do doente. Nestes momentos, procedia de imediato à cobertura do corpo da pessoa com um lençol e colocava uma bata hospitalar, respeitando o pudor e para ser mais fácil obter a sua colaboração.

Nas áreas de cuidados diferenciados e de triagem detetamos dificuldades para conseguir respeitar a total individualidade, apesar da existência de cortinas a separar entre doentes, estas não permitiam a privacidade.

A estrutura física do serviço de urgência dispõe de salas individuais para realizar procedimentos invasivos, pelo que sempre que havia necessidade de uma técnica invasiva ou cuidado em que requeria alguma exposição, tive sempre a preocupação de levar o doente para a sala destinada a esse efeito. Assim, quer para o doente, quer para o profissional, existia respeito pela intimidade, pelo acesso à informação individual, pois aproveitava o momento para realizar ensinamentos ou esclarecer questões do doente, momentos que na sala comum a informação era audível pelos restantes doentes.

Na Carta dos Direitos do Doente Internado esta observação perante o contexto de urgência é considerada, uma vez que *“recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer”* (Ministério da Saúde, s.d., p. 11).

O acesso à informação por parte dos doentes no serviço de urgência, nem sempre foi possível verificar, quer pelos diferentes profissionais, mas sobretudo na prática de enfermagem. Na minha perspectiva é fundamental obter o consentimento informado, apesar da dificuldade de por vezes a pessoa não ter capacidade de compreender, comunicar ou decidir em situações de emergência. Nesses momentos, assumi pelo princípio da beneficência e da não maleficência, e adotei a decisão de acordo com os princípios éticos e legais, que se rege a profissão de enfermagem. No contexto de trabalho cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva ao doente, de modo a explicar os meios, procedimentos, benefícios e riscos de todos os tipos de tratamentos ou cuidados a prestar. Quanto à comunicação e envolvimento da família no acesso à informação ou partilha de informações, no contexto de pandemia em que decorreu o estágio, esta situação foi bastante mais difícil, pela restrição de visitas e de acompanhamentos no serviço de urgência. Perante situações pedidas pelos doentes ou sugeridas, desloquei-me ao exterior da instituição para abordar a família, no sentido de realizar ensinamentos para a alta, como cuidados de vigilância, por exemplo.

A passagem de turno realizada pelos enfermeiros, tem como prática decorrer junto a cada doente, o que facilita a identificação do nome e do estado clínico em que o doente se encontra naquele momento. No entanto, a informação apesar de restrita, de forma a ser de fácil reter, era partilhada, e por muito respeito e cuidado que se tivesse, havia sempre a possibilidade do doente do outro lado da cortina ouvir parte da informação. De uma forma geral, informações mais comprometedoras e invasivas eram posteriormente partilhadas na sala de enfermagem, por forma a cumprir o sigilo profissional e o respeito pela privacidade do doente. Segundo Ferreira et al. (2010), os doentes referem que, quanto à passagem de turno de enfermagem na sua presença, apesar de cumprir o seu direito à informação, inumeram algumas limitações como o incumprimento da confidencialidade ou a despersonalização. Assistir à passagem de turno para o doente, torna-se repetitiva e pouco interessante, pelo uso de linguagem técnica e científica. Esta prática comum no serviço de urgência, é facilitadora da observação das pessoas, permitindo uma discussão partilhada e organização para o turno seguinte, apesar de nem sempre as pessoas compreenderem as informações que são abordadas.

As ferramentas fornecidas no desenvolvimento das unidades curriculares do presente curso permitiram uma maior reflexão e interiorização do cumprimento das orientações éticas e legais. O desenvolvimento deste domínio permitiu-me desenvolver competências como: demonstração de prática profissional ética e legal e demonstração de uma prática que respeita os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

1.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

No domínio da melhoria da qualidade pretende-se que o enfermeiro apresente um *“papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*, para além de desenvolver *“práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* e garantir *“um ambiente terapêutico e seguro”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A qualidade em saúde refere-se à prestação de cuidados de saúde de forma acessível e equitativa, com recurso a um nível profissional excelente, considerando os recursos disponíveis, com vista a atingir a adesão e satisfação do cidadão. Assim, para alcançar a qualidade em saúde é necessário considerar as necessidades e expectativas dos cidadãos, de modo a adequar os cuidados de saúde, atingindo o melhor desempenho (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a). Esta qualidade, está ainda relacionada com a segurança dos cuidados, promovendo uma sustentabilidade quer

do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer do sistema de saúde português. De acordo com Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, defende-se a contribuição para a equidade, garantindo o acesso direto à prestação de cuidados de saúde, exigindo um quadro de melhoria contínua da qualidade e segurança, onde constem as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, englobando todos os cuidados (curativos, de reabilitação e de palição) (DGS, 2015a).

No decorrer do estágio, de forma a promover e participar ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados, acedi a todos os protocolos existentes no serviço, consultando e esclarecendo as dúvidas com o enfermeiro orientador. De entre os protocolos existentes referentes à via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio), tive oportunidade em colaborar na organização. A Via Verde AVC no início do estágio era a única via verde implementada. No entanto, deparei-me com uma recente mudança da nova estrutura física do serviço de urgência, e por isso colaborei na reorganização da documentação e de impressos disponíveis para consulta, quer no âmbito da escala de avaliação da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), como referente à instituição de terapêutica trombolítica, e seus cuidados e vigilância. Assim, foi disponibilizado numa pasta, todos os impressos para consulta e preenchimento, nomeadamente da escala NIHSS, para avaliação das pessoas em que foram notificadas como Via Verde AVC. Deste modo, assumi um papel dinamizador para melhor orientação na abordagem da pessoa na sala de emergência.

Relativamente à implementação da via verde coronária, estava a decorrer a sua implementação, ainda numa fase inicial, momento em que surgiu a oportunidade de sensibilizar os profissionais para a necessidade de implementação da Via Verde, nomeadamente a referente à sépsis. Assim, apercebi-me que para uma melhor equidade e qualidade na prestação de cuidados é importante seguir as normas e orientações emanadas pela DGS ou pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a melhoria contínua. O desenvolvimento do protocolo para atuação em caso suspeito de sépsis permitiu uma melhoria contínua da prestação de cuidados ao doente que recorre a este serviço de urgência, uma vez que quando aplicado, reduz os riscos de evolução para choque séptico ou de existência de morbilidades.

Para além disso, o acesso direto aos cuidados de saúde, ocorre de acordo com a prioridade em que a pessoa necessita de cuidados, o que desenvolvi no posto de triagem, sob orientação do enfermeiro. A triagem permite reconhecer a pessoa que necessita de atendimento urgente, de uma forma contínua e objetiva, integrando as vias verdes e normas dos serviços de urgência. A

partir de 2000 foi implementada a triagem de Manchester em Portugal, que tem como principal objetivo a definição do nível de prioridade, de acordo com os critérios de gravidade de forma sistematizada, tendo em conta a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o tempo recomendado até à observação médica. Este sistema não pretende estabelecer diagnósticos, mas permite aos profissionais de saúde o encaminhamento precoce, de acordo com as suas necessidades, centrada em prioridades (DGS, 2018a). Ao contactar com o STM (Sistema de Triagem de Manchester), permite uma melhor reflexão sobre a decisão do encaminhamento da pessoa para as diferentes áreas de atendimento, o que possibilita um maior rigor de atendimento de acordo com as necessidades do doente.

No programa de melhoria contínua para a instituição, a nova reestruturação do serviço de urgência exigiu uma nova organização de espaços, materiais e equipamentos. Na sala de emergência colaborei no desenvolvimento da nova distribuição de materiais e equipamentos, definindo em conjunto com a equipa e as normas orientadoras para a estrutura da sala de emergência, dispondo os equipamentos de forma a serem de fácil acesso, nomeadamente no que concerne à disposição dos equipamentos (monitores, ventiladores, material clínico e material hospitalar) em cada unidade individual da sala de emergência. Assim, foram inúmeras as vezes organizadas e alterada a disposição, até se definir a estrutura mais prática e de mais rápido acesso, concluindo por fim a check-list final da sala de emergência. Esta check list foi desenvolvida, verificada e reestruturada ao longo do estágio, ficando concluída e validada pelo enfermeiro chefe do serviço de urgência. Assim, permitiu-me uma rápida organização mental da disposição dos materiais e equipamentos e suas funções, pelo que nos momentos de intervenção no doente emergente mais facilmente desempenhava as funções, com maior organização e tranquilidade pelo à vontade adquirido na sala de emergência. Para além disso, também verificava frequentemente as restantes check-lists, conforme o plano geral de check-list referente a toda a sala de emergência, onde incluía a periodicidade de verificação de todas as check-lists mensais referentes a validades: check-list da validade da medicação do armário de estupefacientes; check-list da validade da medicação do frigorífico; check-list da validade da medicação da sala de emergência; check-list da validade da medicação e material do carro de emergência; check-list da validade da medicação e mala de transporte; check-list da validade da medicação e material da mala de reanimação intra-hospitalar. Destas check lists apenas não tive oportunidade de realizar a verificação da validade da medicação do armário de estupefacientes. As restantes check-list adotei a iniciativa de que sempre que estaria mais disponível, estando a realizar turno na sala de emergência, efetuava a verificação da check-

list que estava definida no plano para aquela semana, apesar de no dia definido não me encontrar a realizar estágio, mas assim permitia o melhor conhecimento da medicação, materiais e equipamentos utilizados em cada situação, principalmente no âmbito das malas de transporte ou de reanimação intra-hospitalar, que menos frequentemente eram utilizadas.

A verificação da validade do material do armário de pediatria da sala de emergência, a realizar semestralmente, também tive oportunidade de realizar, uma vez que era para realizar no mês que me encontrava a realizar o estágio. Assim, de forma mais próxima contactei com material de pediatria, apenas dessa forma, pois no decorrer do estágio não tive nenhuma situação de emergência pediátrica.

Com as alterações estruturais do serviço de urgência, o material de apoio a situações de catástrofe encontrava-se desorganizado e ainda não estava sinalizada a sua localização. Assim, em colaboração com os colegas verifiquei todo o material, validades e disposição do mesmo numa sala de fácil acesso. Entretanto o plano de castástrofe estava a ser terminado, pelo que também tive oportunidade de conhecer previamente o novo plano a ser implementado, mas que ainda estavam a aguardar a validação pela parte da direção de enfermagem e do hospital, para melhor definir as áreas de triagem de vítimas. O plano de catástrofe permite uma melhor resposta perante uma situação com várias vítimas, pois uma catástrofe é considerada como um *“ acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio- -económico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (Lei nº27/2006, 2006, p. 4696). No período decorrido do estágio não se verificou nenhuma situação de catástrofe, pelo que não tive oportunidade de aplicar na prática o plano de catástrofe do serviço de urgência.

Para além disso, diariamente, no turno da manhã estava definida a verificação da check-list de todo a sala de emergência, de forma a ser repostado todo o material e medicação em falta constante na check-list. Esta incluía também as 3 boxes para doentes, assim como a operacionalidade dos equipamentos, com a respetiva confirmação do teste operacional (monitores, desfibrilhadores e ventiladores).

No decorrer do estágio também desenvolvi estágio em todas as áreas, para além dos postos de triagem e sala de emergência já mencionados, como a triagem médica (área verde e área amarela); área médica (área laranja); área cirúrgica e de ortopedia; área de trauma; área de internamento (unidade de decisão clínica); área cuidados intermédios da urgência e OBS. A possibilidade de conhecer toda a tipologia de doentes e de queixas frequentes no serviço de

urgência permitiu-me desenvolver a competência de observação, reflexão e intervenção direcionada para as alterações urgentes ou emergentes na saúde dos que recorrem a este serviço. Assim, adquiri um papel mais dinâmico e com capacidade de atuação nas diferentes áreas.

Ao lidar com diferentes doentes e pessoas com identidades culturais diferentes tive o cuidado de respeitar as preferências e a eventual necessidade de acompanhamento espiritual. Na instituição apenas dispõe de acompanhamento da religião católica. Caso o doente necessite de acompanhamento de outra religião será necessário solicitar à família para se responsabilizar por esse acompanhamento, e como profissional devo facilitar e disponibilizar um espaço e momento adequado. No decorrer do estágio não houve situações com necessidade de acompanhamento espiritual exterior à instituição. Apenas se verificou uma situação em que a família, da religião católica, solicitou acompanhamento. Para além desta situação, não verifiquei nenhuma situação de conflito ou de necessidade de apoio diferenciado na área espiritual.

Neste domínio desenvolvi competências como o desenvolvimento de estratégias institucionais para aplicação de normas; colaboração no programa de melhoria contínua da qualidade; promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

1.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

No domínio da gestão de cuidados o enfermeiro “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A equipa do serviço de urgência é uma equipa recetiva e acolhedora para todos os profissionais que desenvolvem a sua formação, nomeadamente os enfermeiros que acompanharam o meu percurso profissional e me orientaram no desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista. Todos os profissionais demonstraram disponibilidade em colaborar, partilhar e discutir sobre o funcionamento e organização do serviço de urgência. Assim, esta disponibilidade e abertura contribuiu como um estímulo para o meu interesse em aprofundar os meus conhecimentos, e facilitou as oportunidades de aprendizagem, em que por vezes me solicitavam para assistir ou participar em alguma situação pouco frequente, de forma a conseguir em pouco tempo, aumentar a possibilidade de maior variedade de aprendizagens.

Além disso, o facto de estar integrada em realizar estágio numa equipa de enfermagem fixa, permitiu uma maior proximidade com todos os elementos da equipa, e alcançar a confiança dos colegas no meu trabalho.

O meu estágio foi orientado por um enfermeiro, que além de especialista, era chefe de equipa e responsável de turno, pelo que desempenhava diferentes funções na gestão de cuidados. Neste estágio tive oportunidade de gerir diariamente o material e organização em stock, nomeadamente a forma de articulação com o armazém geral do hospital. No serviço de urgência a gestão de stock é realizada por sistema informático, com necessidade de verificação de falhas ou de rutura de stock. Em situações de recurso a materiais pouco utilizados ou de consumo excessivo, tive oportunidade de verificar as estratégias para restituição do material, para que não ocorra rutura de stock. Relativamente aos equipamentos, acompanhei as verificações dos testes de operacionalidade, verifiquei os equipamentos e inclusive quando detetei um problema de funcionamento, acompanhei a situação de referenciação para as oficinas. Além disso, a deteção de equipamento ou material danificado segue o seu encaminhamento, através da notificação em sistema informático e acondicionamento em local próprio, o qual também realizei durante o estágio. Alguns equipamentos que necessitaram de manutenção foram os ventiladores para ventilação não invasiva, cadeiras, mesas de apoio, suporte de cortinas, monitores para monitorização de sinais vitais, entre outros.

A gestão dos materiais e equipamentos é essencial para a resposta aos cuidados ao doente, uma vez que se refere a um serviço de urgência, onde não é previsível a afluência ou tipologia de doentes, assim como a necessidade imediata de todo o material e equipamento se encontrar operacional.

Para além disso, apercebi-me da dificuldade com que se gere uma equipa, quer na gestão do horário, quer na gestão da distribuição das áreas em cada turno, para cada profissional. Esta função de gestão de recursos humanos requer uma concentração e capacidade de conhecimento de todos os profissionais, necessidades e competências para a gestão de toda a equipa. Assim, acompanhei diariamente a gestão da distribuição de funções por diferentes profissionais, dependendo das áreas do serviço de urgência (posto de triagem, área covid, área amarela, área laranja, área verde, área de cirurgia/ortopedia, sala de emergência), sendo definido de acordo com as competências específicas de cada profissional. Esta gestão permite uma melhor organização no atendimento ao doente que recorre ao serviço de urgência, o que me permitiu reconhecer os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.

De acordo com o Regulamento n.º 76/2018, o enfermeiro gestor é aquele que:

“detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde;”

(Regulamento n.º 76/2018, 2018, p. 3478)

A gestão de recursos foi sem dúvida uma aprendizagem desafiante, mas mais ainda o é a gestão de uma equipa de profissionais, que são pessoas, detentoras de personalidades, atitudes e conhecimentos diversos, que requer uma exigente tomada de decisão no que concerne à distribuição de funções a desempenhar no dia a dia.

Este domínio refere-se à identificação e avaliação, em colaboração com o enfermeiro orientador de situações a melhorar, estimulando os processos de mudança junto da equipa, nomeadamente no que se refere à gestão, formação e desenvolvimento pessoal da equipa.

1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Este estágio mais uma vez foi-me colocado como um desafio, em que me permitiu aprender e consolidar conhecimentos teórico-práticos, desenvolver a minha capacidade de adaptação a novos meios, pessoas e ambientes de cuidado, devido à enorme equipa de trabalho no serviço de urgência. Costa & Jesus (2010), defendem que o sucesso pessoal e profissional é dependente da capacidade de comunicar e de se adaptar à mudança, com base nas capacidades de empatia, de autoconfiança e de autodomínio.

Perante a identificação de falhas no conhecimento, concebi oportunidades pertinentes de investigação, estudo e pesquisa para colmatar as dificuldades com que me deparei. Assim, para o desenvolvimento das minhas aprendizagens durante o estágio frequentei ações de formação, por minha iniciativa, relacionadas com o contexto e com o tema de trabalho desenvolvido, relatado já anteriormente. No decorrer do mesmo frequentei as ações de formação: A prevenção e controlo de infeção sobre a cateterização vesical; via verde AVC/via verde coronária; via verde trauma/via

verde sépsis; dever de sigilo profissional/dever de denúncia, segurança nos cuidados; pós-COVID: uma oportunidade para (re)pensar os serviços de enfermagem; Projectos de Reabilitação Cardíaca. Com a participação nas atividades formativas desenvolvi as minhas habilidades e competências no âmbito da pessoa em situação crítica, o que enriqueceu a partilha de conhecimento e fomentou a prática diária, baseada em evidência científica. Para além disso, permitiu o conhecimento de ferramentas para a implementação da ação de formação para a equipa e para o desenvolvimento de habilidades e competências, como formando, e como formador, na gestão da formação e comunicação.

O autoconhecimento permite a identificação dos meus limites pessoais e profissionais, de forma a criar ferramentas para a melhor gestão de emoções na prestação de cuidados, quer como pessoa, quer como enfermeira. Mantive sempre uma postura de participação ativa, na procura de conhecer mais e melhor todo o funcionamento do serviço, da equipa, quer na prestação de cuidados, quer na gestão ou na coordenação.

O investimento em participação nas ações de formação fomenta o sentido crítico-reflexivo, reforçando a prestação de cuidados especializados, e de forma segura e competente. O desenvolvimento da formação dirigida à equipa de enfermagem possibilitou facilitar a aprendizagem dos colegas, após identificar as necessidades formativas.

No decorrer do estágio também foi possível a identificação de situações de elevada conflitualidade, e mobilização de estratégias de resolução de conflitos. Apesar de não vivenciar um conflito interpessoal no decorrer do estágio, é necessário, num serviço de urgência prever a possibilidade de conflitos e desenvolver logo desde o início estratégias, adotar comportamentos que evitam a ocorrência dos mesmos, pelo contexto de momentos de stress em que se vive num contexto com tanta diversidade de pessoas.

Desenvolvi as minhas competências como enfermeira na prestação de cuidados, devido à reflexão sobre a minha prestação de cuidados no serviço de urgência, baseada na evidência científica. O desenvolvimento das competências comuns dos enfermeiros, permite ao enfermeiro especialista a capacidade de melhorar o seu trabalho em equipa de forma adequada às necessidades dos cuidados prestados.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e dada a sua abrangência, sobressaem-se diferentes áreas de enfermagem: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assim,

“Competências específicas: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”

(Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

O presente relatório refere-se à área de intervenção dirigida à pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista, para além das competências comuns, é detentor de competências específicas definidas pelo regulamento n.º 429/2018, que são aquelas competências esperadas pelos cidadãos perante os profissionais especializados.

Devido ao contexto atual, ao aumento da longevidade e das doenças crónicas incapacitantes, ao número de vítimas mortais diárias por sinistralidade, assim, como o aumento da complexidade dos acidentes, acompanhados pelo incremento da violência urbana e catástrofes naturais, requerem cuidados de enfermagem em equipas quer intra-hospitalar, quer extra-hospitalar, de forma qualificada, e dirigidos à pessoa/família em situação crítica. O enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica é fundamental para prestação de cuidados especializados dirigidos à pessoa que encontra ameaçada a sua vida, dependendo de sobreviver da instituição de meios, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Na área de intervenção perante a pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista:

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

(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica pode ser em situação de emergência (ameaça da integridade dos órgãos vitais, com perda de saúde bruscamente), exceção (desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, com necessidade de gestão e

coordenação de recursos) ou catástrofe (acidente grave que provoque elevados prejuízos, materiais ou vítimas), situações em que coloquem a pessoa em risco de vida. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde a estas situações, da conceção à ação, reconhecendo a importância de uma avaliação diagnóstica, monitorização constante, quer no cuidado à pessoa em situação crítica, quer à família ou cuidador que vivencia o processo de falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A reflexão sobre as aprendizagens e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista, são dirigidas ao contexto em que decorreram, nomeadamente ao serviço de urgência.

1.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica

Esta competência específica do enfermeiro especialista refere-se à competência do enfermeiro que responde em tempo útil e de forma holística, baseada nos conhecimentos e habilidades adquiridas, de acordo com as unidades de competência:

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

(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

No decorrer do estágio procurei alcançar todas estas competências, tendo em conta o contexto do serviço de urgência. Para o atendimento ao doente no serviço de urgência, é necessária a atribuição de uma prioridade, no sentido da antecipação da instabilidade e possível falência orgânica. Assim, tendo por base o STM, qualquer pessoa que recorre ao SU (Serviço de Urgência) é avaliada e definida a prioridade de atendimento e encaminhamento. A triagem de doentes *“permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos”*, de acordo com a norma n.º 002/2018 (DGS, 2018a, p.9).

A possibilidade de frequentar o posto de triagem do serviço de urgência permitiu desenvolver a capacidade de observação, decisão e pensamento crítico aquando do primeiro contacto que recorre ao SU. De acordo com a norma da DGS n.º 002/2018, no momento da triagem era

aplicado o algoritmo em caso de dor torácica (referenciação para efetuar eletrocardiografia simples de 12 derivações), via verde AVC (DGS, 2018a).

A abordagem ao doente crítico no serviço de urgência foi baseada na metodologia ABCDE, já padronizada, uma avaliação transversal para avaliação da vítima (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). Esta metodologia em que me orientei para abordar a pessoa em situação crítica, sobretudo em contexto de emergência, permitiu uma melhor organização de pensamento, definição de prioridades e instituição de medidas específicas e dirigidas às necessidades do doente.

Para além disso, no desenvolvimento do estágio implementei as normas segundo o European Resuscitation Council, em que a avaliação sistemática do doente tem em vista a priorização dos cuidados. No contacto com o doente crítico tive oportunidade de implementar o suporte avançado de vida, com abordagem à vítima, administração de terapêutica, ventilação invasiva, desfibrilhação, entre outras intervenções. Além disso, também tive oportunidade de utilizar o sistema de compressão torácica LUCAS®, equipamento que facilita o trabalho de reanimação, mesmo em contexto de sala de emergência, libertando meios humanos para maior disponibilidade para a prestação de outros cuidados ou instituição de outras medidas.

Tal como apresentado no parecer da Ordem dos Enfermeiros nº14/2018, a sala de emergência, reanimação ou ressuscitação, a sua equipa deve estar de prontidão, com capacidade de atuar imediatamente ao acionamento, profissionais estes que não poderão estar alocados a outros postos de trabalho. Os cuidados específicos e emergentes prestados não são padronizados, pelo que o profissional tem de atuar com prontidão, pelo que é referido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é detentor de competências para responder à prática na sala de emergência, uma vez que o doente se encontra em estado crítico (OE, 2018b). Assim, por todo o estágio desenvolvido tive como objetivo a permanência na sala de emergência para melhor oportunidade de aproximação a pessoa em situação crítica, o qual foi facilitado pelo facto de o enfermeiro orientador ser também especialista nesta área e constituir a equipa da sala de emergência.

No contexto de estágio desenvolvido presenciei várias situações em que a intervenção de enfermagem precoce é fundamental, mesmo previamente ao diagnóstico do doente. Algumas situações requerem decisões imediatas, aplicando os protocolos definidos específicos a cada situação. Para além disso, a pessoa em situação crítica requer permanentemente a vigilância do enfermeiro, para a realização de exames, ou até de transferência do mesmo, para outras unidades,

como o serviço de cuidados intensivos, bloco operatório ou serviço de cuidados intensivos de cardiologia. Em alguns episódios o doente foi transferido de urgência para outras unidades de saúde, sempre com o motivo para realizar cateterismo de urgência, situações as quais que não tive oportunidade de acompanhar por ser fora da instituição hospitalar onde decorria o estágio. No entanto, a preparação do doente e de todos os equipamentos e materiais a acompanhar no transporte, tive oportunidade de organizar por várias vezes.

A aplicação de protocolos definidos requer o conhecimento e competências específicas do enfermeiro, como no caso da fibrinólise, procedimento que efetuei por 3 vezes. A intervenção dos profissionais de saúde qualificados perante as situações de enfarte agudo do miocárdio, são fundamentais para a redução dos índices de mortalidade, sendo fundamental o papel do enfermeiro para a administração de medicamentos prioritários, e de alto risco, como o caso dos fibrinolíticos, a terapia de eleição para a reperfusão do miocárdio. Para além disso, é recomendado o uso desta terapêutica em caso de embolia pulmonar aguda grave com instabilidade hemodinâmica ou AVC agudo. A administração desta terapêutica acarreta riscos como hipotensão arterial, hemorragias ou reação alérgica. O enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica e aplica os protocolos detém de conhecimento e competências específicas para a administração de terapêutica, formas de administração e contra-indicações do seu uso, prevenindo a possibilidade de complicações, e que requer ainda treino e educação continuada (Ferreira et al., 2020).

A avaliação da dor no serviço de urgência é um processo por vezes descurado, tendo em conta a subjetividade da avaliação da dor. Neste âmbito não existia nenhum protocolo de avaliação da dor, pelo que este parâmetro nem se verificava presente em todos os registos de enfermagem. A correta avaliação da dor depende da aplicação correta das ferramentas adequadas, mesmo considerando a sua subjetividade, e afetada pela dificuldade em obter uma comunicação com o doente que recorre ao SU. No serviço de urgência a dor aguda é considerada como um sinal de alarme, identificando uma causa. A dor no serviço de urgência é subvalorizada, apesar de ser por vezes o motivo dos doentes recorrerem ao SU, sendo esta o principal motivo de admissão hospitalar. No entanto, a reavaliação da dor após instituição de medidas terapêuticas encontrava-se descurada e poucas vezes valorizada. É da responsabilidade dos enfermeiros a avaliação da dor, tendo em conta as manifestações clínicas, a sua apresentação, subjetividades inerentes, tratamento e gestão de todo o processo. O enfermeiro promove o controlo da dor, com necessidade de reavaliações sistemáticas. A avaliação da dor deve ser com recurso a uma escala, sendo esta

subjetiva quando o doente tem dificuldade em descrever a sua dor, pelo que o tratamento da dor se inicia pela formação dos profissionais (Mota et al., 2020).

A avaliação da dor no SU de forma objetiva é dificultada pelo facto dos doentes se encontrarem num ambiente não controlado por eles, quando a mesma provoca alterações da sua funcionalidade ou do seu estado de consciência. Apesar destas mesmas limitações sentidas é importante considerar a reavaliação frequente da dor, perante a verificação da eficácia das medidas terapêuticas instituídas. Assim, não apenas a descrição verbal valorizava, mas sim todos os sinais evidentes de dor, ora não fosse este considerado um sinal vital desde 2003. A dor é valorizada no momento da triagem, mas por vezes desvalorizada ao longo de todo o momento em que decorre a permanência no SU, por não ser considerada uma emergência.

No SU, em contexto atual, o contacto com os familiares torna-se um desafio pelas restrições de acompanhamento de doentes, devido à situação de pandemia pela COVID-19. No decorrer do estágio, para contactar com os familiares, para melhor recolha de informação clínica, ensinos ou outra necessidade de comunicar com a família, esta teria de ocorrer na sala de espera do serviço. Assim, surge a dificuldade em alcançar uma relação de cooperação e de interação com os familiares dos doentes que recorrem ao SU. A comunicação interpessoal, restrita a curto período de tempo causa ansiedade quer aos profissionais, que têm de concentrar ao máximo a informação, quer aos familiares que podem passar longos períodos de tempo sem informação sobre o seu familiar.

De forma a aproximar os familiares do serviço de urgência, a unidade de saúde iniciou um projeto de comunicação por serviço de mensagens ao contacto privilegiado sobre os procedimentos ou acontecimentos de forma resumida, em tempo real, acerca do doente que permanece no SU. Com este projeto verificou-se uma redução do número de solicitações pelos familiares do enfermeiro e do médico à sala de espera. Neste sentido torna-se importante que o enfermeiro tem o dever de informar, quer o indivíduo, quer a família sobre os cuidados prestados, e

“Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (...) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”

(Lei nº156/2015, 2015, p. 8079).

A comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica e sua família é fundamental para gerir as preocupações, medos ou ansiedades associadas à alteração do estado de saúde da pessoa, uma vez que pode ser encontrar em perigo de vida. Neste momento, pode ainda se

verificar alguma fragilidade e dependência do doente/pessoa em situação crítica perante os profissionais de saúde, no que respeita à tomada de decisões sobre tratamento ou medidas instituídas para melhorar ou recuperar a condição de saúde do mesmo. Assim, por muito que as decisões tenham de ser adotadas em curto período de tempo, é necessário manter a relação de confiança, e informação à pessoa em situação crítica/família, pelo que tive o cuidado de tentar estabelecer uma relação terapêutica com os mesmos com o objetivo de reduzir o medo e ansiedade.

De uma forma geral a abordagem ao doente crítico permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, pela ativa envolvimento na prestação de cuidados ao doente na sala de emergência, assim como na participação de procedimentos invasivos ou procedimentos complexos como colocação de catéter arterial e catéter venoso central, desfibrilhação química e elétrica, intubação orotraqueal, colocação de dreno torácico, entre outros. Estas intervenções, específicas das necessidades do doente crítico, assim como a monitorização de parâmetros (como tensão arterial, frequência respiratória e cardíaca, temperatura auricular, saturações periféricas, electrocardiograma de 5 e de 12 derivações, débito urinário, conteúdo de drenagem gástrica ou proveniente de drenos, tempo de preenchimento capilar) e a sua interpretação estimularam o pensamento crítico e o desenvolvimento da tomada de decisão consciente e baseada em conhecimento científico.

1.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

Perante uma situação de catástrofe ou emergência, é necessário o enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica desenvolver competências em que:

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

(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

As situações de catástrofe podem ocorrer e são geralmente imprevisíveis, o que requer que haja uma preparação prévia face à possibilidade de acontecimento de uma situação de catástrofe ou de exceção. Em 2006 foi criada a Lei de bases nº27/2006, definindo-se catástrofe como *“um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em*

áreas ou na totalidade do território nacional” (2006, p. 4696). O SU será o serviço de eleição para o encaminhamento das possíveis vítimas de qualquer catástrofe, exigindo uma preparação prévia e organização do serviço de urgência e da sua equipa, para uma resposta com prontidão. Assim, a equipa multidisciplinar necessita de possuir conhecimentos técnicos e científicos para responder de forma imediata a qualquer situação de catástrofe.

A situação de exceção corresponde a uma “*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 n.º 429/2018, 2018, p.19362).

No decorrer do estágio senti necessidade de adaptação, readaptação, organização do tempo, materiais, principalmente equipamentos de proteção individual, devido à presença da pandemia provocada pela COVID-19. A COVID-19, abreviação de coronavirus disease 2019, é a denominação da doença causada pelo vírus de genoma de RNA simples de sentido positivo, pertencente à família dos coronavírus (CoV), denominado de SARS-CoV-2. Este vírus apresentou uma disseminação epidémica na China, e posteriormente envolveu vários países, até ser identificado em Portugal a 2 de março de 2020 (Mendes et al., 2020).

Esta pandemia considera-se uma situação de exceção, pois apesar de afetar elevado número de pessoas, com prejuízos socioeconómicos, no momento já tinham sido emitidas normas, orientações e já era considerada como uma doença com previsões da sua incidência. Assim, esta condição de dificuldade em responder a todas as necessidades da população e atender em tempo útil todas as pessoas que recorrem ao serviço de urgência, com escassez de recursos humanos e alguns até materiais, desencadeou um desafio quer para os profissionais, para a instituição e até para a população abrangida pelo serviço de urgência.

A capacidade de resiliência dos profissionais e da instituição foi posta à prova, considerando a adaptação ao decurso da pandemia pela COVID-19 um grande desafio para os enfermeiros, ainda mais em contexto de desenvolvimento pessoal e profissional como no estágio, como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica, definindo prioridades, conhecendo e revendo os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, quer intituicionais quer ao nível das orientações emanadas pela DGS, sempre em constante atualização. Esta situação acresce ainda a capacidade de interação e articulação com os meios do pré-hospitalar e da proteção civil. A proteção civil tem como

“metas fundamentais a prevenção de riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, a atenuação dos seus efeitos e a proteção e socorro das pessoas e bens em perigo, quando aquelas situações ocorram, tal como preconizado na Lei de Bases da Proteção Civil”

(Decreto-Lei n.º 2/2019, 2019, p. 105).

Assim, é fundamental que perante catástrofes e os seus impactos socioeconómicos na população afetada, esta tenha o direito à proteção, socorro e assistência. A proteção civil é responsável por assegurar a divulgação das informações referentes à população perante a iminência ou ocorrência de algum acidente ou catástrofe, com vista a monitorizar e manter vigilância dos riscos assim como comunicar às estruturas da proteção civil e às equipas de socorro (Decreto-Lei n.º 2/2019, 2019).

O serviço onde me encontrava a desenvolver o estágio (SU) sofreu alterações estruturais recentemente, pelo que esta oportunidade permitiu organizar e colaborar na gestão do plano de emergência e catástrofe, preparar e organizar os kits e materiais para a triagem (etiquetas, dísticos, fluxogramas, circuitos, entre outros). O plano de emergência elaborado encontrava-se a aguardar a aprovação da direção para ser implementado, até ao término do estágio, pelo que não ficou ainda validado.

A DGS recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração de um Plano de Emergência Médica, de acordo com a Orientação nº007/2010. Perante a existência da possibilidade de ocorrência de uma situação de catástrofe natural ou epidemia, as unidades de saúde detêm a responsabilidade de realizar periodicamente uma análise da sua situação, de forma a planear uma resposta de emergência, perante a existência de diferentes cenários, que possam despoletar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, isto é, uma crise. Numa situação de crise os profissionais das unidades de saúde vivenciam uma grande tensão, momento que não tem lugar para improvisos ou dúvidas. Assim, o PE consiste num plano dinâmico, validado e reatualizado, de acordo com as orientações da DGS, o qual deve estar integrado de forma coerente e articulada (DGS, 2010a).

O recurso ao serviço de urgência por queixas ou lesões causadas por situações de crime não foram presenciadas, ou caso tivessem ocorrido, a vítima não esclareceu e os profissionais não suspeitaram de qualquer situação de possível crime. Nestas situações é importante a recolha de informações e de provas, ou até a preservação de qualquer indício na vítima, que nem sempre estaremos sensibilizados para essas ocorrências. Apercebi-me da falta de conhecimento de alguns profissionais ou da falta de orientações ou procedimentos a desenvolver perante a existência ou suspeita de crime. Esta área mais direcionada para a área forense, apenas recentemente valorizada pela ordem dos enfermeiros que reconheceu em 2021 as competências acrescidas diferenciadas em enfermagem forense, necessita de formação e sensibilização dos profissionais para a observação e deteção de situações possíveis de crime.

A prática da enfermagem forense, ainda em reconhecimento, pretende

“assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, família e comunidade, envolvida em cenários de violência, violação dos direitos humanos, trauma e/ou desastre de massa visando uma responsabilidade mútua da saúde e da lei (...) no processo de cuidados e na investigação, numa abordagem multidisciplinar (...) contribuindo para a diminuição da morbidade e da taxa de mortalidade, pelo que necessita ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional”

(Regulamento n.º 728/2021, 2021, p. 173).

As principais atividades da enfermagem forense referem-se à resposta aos processos da pessoa/família que se encontra envolvida com situações de violência ou violação de direitos humanos, entre outros, avaliando a suspeita de lesões sugestivas de trauma não acidental e a salvaguarda de vestígios com importância criminal (Regulamento n.º 728/2021, 2021).

A prática de enfermagem em situação de catástrofe ou situação de exceção não é possível praticar, nem treinar, a não ser em simulacros, pelo que carece ainda de enfermeiros com formação e preparados para implementar um plano de emergência com prontidão. Assim, neste contexto realça a importância de formação dos profissionais para melhor conhecimento do plano, de forma a prever acontecimentos e a prever a forma de atuação, numa oportunidade de desenvolvimento de trabalhos no serviço.

1.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

O enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica *“concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”*, e ainda *“lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

No serviço de urgência, face à complexidade das técnicas instituídas, invasivas e não invasivas, requer o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo de infeção por todos os enfermeiros.

Em 2015, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica descreve que o enfermeiro especialista define estratégias e lidera a implementação do plano, referente à prevenção e controlo de infeção,

considerando as vias de transmissão de infecção na pessoa em situação crítica. Além disso, revela-se importante a formação dos profissionais no atendimento à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

No momento de admissão de um utente ao SU, este é considerado como potencialmente colonizado ou infetado, pelo que deve ser considerado como fonte potencial de transmissão de infecção cruzada (DGS, 2013).

Ao longo do estágio tive oportunidade de acompanhar uma auditoria no âmbito da implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), de forma a identificar possíveis causas de infeções cruzadas. As PBCI definidas pela DGS em 2013, baseadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), que foram alargadas para a Estratégia Multimodal de Precauções Básicas de Controlo de Infecção (EM-PBCI) em 2014, com o objetivo de capacitar as Unidades de Saúde com informação padronizada, que inclui a Higiene das Mãos, cumprimento das PBCI e do uso adequado de luvas, visando alcançar segurança nos cuidados prestados. As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) caracterizam-se por definir práticas a implementar, dependendo do procedimento ou risco associado, com o principal objetivo de prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), que incidem sobre dez padrões de qualidade. As IACS aumentam os custos em saúde, prolongam os internamentos e ainda acresce o aumento da morbilidade e da mortalidade, sendo estas consideradas uma ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017b).

A DGS definiu em 2013 um conjunto de 10 precauções básicas do controlo de infeção, sendo estas: colocação de doentes; a higiene das mãos; a etiqueta respiratória; a utilização de equipamento de proteção individual; a descontaminação do equipamento clínico; o controlo ambiental; o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura de resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013; DGS, 2017b).

O PPCIRA tem como missão *“promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos”* (DGS, 2018b, p. 3).

Atualmente a problemática das IACS surge como um alvo de interesse, pois a prática incorreta acarreta consequências na vida das pessoas que recorrem ao SU, uma vez que estes já se encontram suscetíveis. Pela elevada rotatividade de pessoas, a elevada complexidade dos

procedimentos e dos cuidados instituídos, e área disponível para os doentes, que por vezes não respeita a distância de segurança entre eles (sobrelotação de doentes), são os principais fatores que limitam a adesão às PBCI. Para além disso, o risco de infeção cruzada é mais elevado, pois a circulação de pessoas pelo serviço também aumenta a probabilidade de existirem infeções cruzadas, quer pelos profissionais, quer pelos doentes ou familiares. Assim, torna-se imperativo um reforço na formação dos profissionais e informação à pessoa que recorre ao SU, sobre a prática das PBCI, de modo a reduzir a incidência de infeções provenientes do serviço de urgência. Esta competência específica do enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, pelo que respeita as normas em vigor e tem a capacidade de liderar ou intervir em relação aos procedimentos do controlo de infeção.

Para colmatar alguma falha ou falta de informação consultei manuais e normas, quer instiuidas pela DGS, quer pela instituição em que decorreu o estágio, por forma a implementar corretamente todas as medidas de prevenção de infeção.

O enfermeiro assume um papel fundamental na equipa multidisciplinar no SU pelo contacto mais permanente com o doente, pelo elevado número de procedimentos de enfermagem e pelo contacto com elevado número de doentes em cada turno. Assim, o enfermeiro especialista desenvolve competências e alcança um papel fundamental na equipa de enfermagem, pretendendo-se *“excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção”* (Regulamento nº361/2015, 2015, p.17243).

Tendo em conta a existência de uma pandemia no decorrer do estágio, desenvolvi ainda as competências de monitorizar, avaliar e registar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção no âmbito do atendimento ao doente no serviço de urgência, e do doente suspeito ou confirmado de ser portador da doença por COVID-19.

A utilização racional de equipamentos de proteção individual foi ainda um desafio no dia a dia no cuidado ao doente que recorre ao SU. A constante alteração e sobrecarga de trabalho despoletou a necessidade de nos adaptarmos e de redefinir frequentemente as práticas diárias no controlo de infeção, considerando as necessidades emergentes do serviço, em resposta à fase pandémica em que decorreu o estágio.

2. O CUIDAR DA PESSOA COM SUSPEITA DE SÉPSIS

No presente capítulo descrevem-se os conceitos associados à sépsis e choque séptico, assim como as orientações nacionais e internacionais sobre a atuação em pessoas com suspeita de sépsis: evolução histórica da sépsis; fisiopatologia da sépsis, triagem de manchester/via verde sépsis, e intervenções do enfermeiro especialista de médico-cirúrgica, no cuidado ao doente crítico.

2.1. Sépsis e Choque Séptico: Evolução dos Conceitos

A palavra sépsis surge do grego septikós, associada por Hipócrates (460-377 a.C.), que causa putrefação ou apodrece. Assim, esta é definida como uma rutura do tecido, causada por doença ou problema orgânico. Semmelweis et al. no século XIX, fundamentam que o processo infeccioso era devido a micro-organismos vivos, interligando a sépsis a uma infecção devastadora, caracterizada por uma doença fatal, a mais comum em qualquer parte do mundo (citado por Viana et al., 2020). Em 1992 surgem as primeiras definições dos conceitos de sépsis, sépsis grave e choque séptico. Após reunião entre a Society Critical Care Medicine (SCCM) e o American College of Chest Physicians (ACCP), foram definidos os critérios de definição desta patologia e da sua gravidade, tendo em conta os estudos desenvolvidos até então. A síndrome de resposta inflamatória sistémica (SRIS) é definida como a presença de pelo menos dois critérios, relacionados com a alteração da temperatura, taquicardia, taquipneia, necessidade de ventilação mecânica ou aumento dos leucócitos. A sépsis é definida por síndrome de resposta inflamatória, mas secundária a um processo infeccioso ou suspeita de infecção, ainda que o agente não seja identificado. A sépsis grave foi definida como “presença dos critérios de sépsis associada à disfunção orgânica ou sinais de hipoperfusão” (Viana et al., 2020, p.15), e choque séptico como “estado de falência aguda caracterizada pela persistência de hipotensão arterial em paciente séptico (...) com necessidade de vasopressores, na ausência de outras causas de hipotensão” (Viana et al., 2020, p. 15). Os mesmos autores acrescentam ainda que os critérios de definição de SRIS podem ser secundários à existência de politrauma ou doente submetido a grande cirurgia, pelo que gerou controvérsia na definição deste conceito e da sépsis, que posteriormente foram revistos.

Em 2001, revistos os conceitos, são considerados também os critérios relacionados com a existência de balanço hídrico positivo, edema intersticial, hiperglicemia ou aumento da proteína C reativa. Em 2016, são redefinidos os conceitos, em vigor na atualidade, publicados pela SCCM

e pela ACCP, em que se extingue a sépsis grave, simplificando a nomenclatura (Viana et al., 2020). Os critérios de SRIS não constituem por si só o diagnóstico de sépsis, e o conceito de sépsis grave é eliminado, sendo os doentes com sépsis mais limitados a doentes com disfunção orgânica. Os critérios do SIRS (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica) permanecem negativos em um em cada oito doentes com sépsis, e para além disso, estes critérios levam a muitos falsos positivos, o que torna o seu uso menos recomendado para identificar a sépsis (Evers et al., 2021).

A sépsis caracteriza-se então pela *“presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária a resposta desregulada do hospedeiro a uma infeção”* (Viana et al., 2020, p.16), sem necessidade de incluir os critérios da SRIS para o seu diagnóstico. A presença de disfunção orgânica é baseada no aumento de 2 pontos da Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), excluindo o conceito de sépsis grave. Choque séptico é definido como *“anormalidade circulatória e celular/metabólica secundária a sépsis o suficiente para aumentar significativamente a mortalidade. Requer a presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média $\geq 65\text{mmHg}$ associada a lactato $\geq 2\text{mmol/L}$, após adequada ressuscitação volêmica”*, associado ao maior risco de mortalidade (Viana et al., 2020, p.18).

A sépsis é considerada como uma resposta desregulada ao organismo quando em contacto com uma infeção. Esta alteração ocorre quando se manifesta na alteração de 2 ou mais pontos no SOFA score, aquando da resposta a uma infeção, a qual se caracteriza por uma mortalidade de 10%. A utilização do SOFA é sugerida por alguns autores, para uma rápida identificação de um doente com sépsis, para a previsão de mortalidade ou decisão de internamento em unidades de medicina intensiva (Viana et al., 2020).

O indicador quick SOFA (qSOFA), considera uma avaliação mais rápida, em que inclui os critérios de hipotensão (quando a pressão arterial sistólica $\leq 100\text{ mmHg}$), taquipneia (frequência respiratória superior a 22 ciclos/minuto) e alteração do estado mental, sendo suficientemente a presença de 2 dos 3 critérios para predizer uma evolução não favorável (Carneiro et al., 2016; Evers et al., 2021).

Tem-se verificado um aumento de incidência da sépsis, associado ao aumento do número de idosos e de doentes imunodeprimidos, assim como ao crescimento do aumento da resistência bacteriana, o que aumenta a suscetibilidade a infeções graves (Viana et al., 2020).

A prevalência da sépsis tem vindo a aumentar, como por exemplo, em 2003 foram registados nos Estados Unidos 415mil casos de sépsis, que aumentaram para 700mil, em 2007. A principal causa de morte nas unidades de medicina intensiva é a sépsis, em que 30% dos doentes

internados nestas unidades no Brasil são diagnosticados com sépsis ou choque séptico (Viana et al., 2020). Na Austrália e na Nova Zelândia, há cerca de 15.000 admissões em unidades de cuidados intensivos anualmente, relacionadas com a sépsis grave, com uma mortalidade geral hospitalar de aproximadamente 24%. Na Austrália, o custo estimado de cuidados agudos para o tratamento da sépsis (incluindo admissão nas unidades de cuidados intensivos) é de 29350 dólares americano por pessoa (Sungkar et al., 2018). As altas taxas de mortalidade estão associadas à sépsis devido à sua natureza progressiva. A elevada taxa de mortalidade (que pode ir até 50%) tem custos associados aos doentes, instalações de saúde e companhias de seguro, com um custo estimado de 17bilhões de dólares por ano, nos Estados Unidos (Walters, 2018). Ao nível mundial, em 2009 a taxa de mortalidade dos doentes com sépsis, internados em unidades de terapia intensiva, é de 32,6% na Austrália; 39% na Índia; 42,9% nos Estados Unidos; 43,4% na Alemanha; 50,4% no Canadá; 66,1% na Malásia e 67, 4% no Brasil (Viana et al., 2020). Estima-se que hajam 31,5 milhões de casos de sépsis por ano, em todo o mundo (Reich et al., 2018; Walters, 2018).

Assim, surge o novo conceito de Sépsis-3: sépsis, infecção e choque séptico, em que toda a sépsis é considerada como grave, em que a escala de SOFA é utilizada para auxílio no diagnóstico da sépsis (Evers et al., 2021)

2.2. Fisiopatologia da Sépsis

A fisiologia e patologia da sépsis permite a melhor compreensão dos sintomas e respostas desencadeadas pelo organismo, num processo de defesa contra o processo infeccioso. De seguida apresenta-se uma breve referência ao processo desencadeado pela sépsis e consequências disfuncionais no organismo.

O mecanismo básico de defesa é desencadeado pelo hospedeiro, em resposta ao agente infeccioso agressor, que origina uma resposta inflamatória (produção de óxido nítrico, ativação de citocinas e radicais livres de oxigénio). Para além disso, manifestam-se alterações nos processos de coagulação e fibrinólise, com vista a circunscrever o agente infeccioso nesse local. Nesse momento, ocorre uma resposta anti-inflamatória, sendo fundamental o equilíbrio entre as duas respostas para o hospedeiro, pois caso haja desequilíbrio, manifesta-se em disfunções orgânicas. As alterações circulatórias manifestam-se pela vasodilatação, com conseqüente permeabilidade capilar, reduzindo a volémia e a tensão arterial, o que contribui para o desequilíbrio entre o

consumo e a oferta de oxigênio tecidual, que desencadeia o metabolismo anaeróbico, e consequentemente a hiperlactacidemia. Ao nível celular também ocorre disfunção, pela dificuldade em utilização de oxigênio pelas mitocôndrias, verifica-se hipoxemia citopática e apoptose celular (Viana et al., 2020).

Os sintomas mais frequentes em doentes com diagnóstico de infecção são: a taquicardia, em resposta à diminuição da resistência vascular, com vista a aumentar o débito cardíaco; a taquipneia devido ao aumento de dióxido de carbono produzido (CO₂), desencadeado pelo centro respiratório por hipoxemia. Contudo, nem em todos os doentes estes sinais estão presentes, o que atrasa por vezes o diagnóstico, como no caso dos idosos ou imunodeprimidos. Contudo, os critérios SRIS são limitativos, uma vez que podem estar presentes em várias situações, diferentes da sépsis, como por exemplo no politraumatizado, grandes queimados ou portadores de pancreatites (Viana et al., 2020).

As alterações celulares e redução de oxigênio distribuído desencadeiam disfunções orgânicas, que podem ser: neurológicas (*delirium*, polineuropatia, miopatia), respiratórias (disfunção pulmonar, síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA)), hematológicas (coagulação intravascular disseminada, anemia), gastrointestinais (gastroparésia, lesão aguda da mucosa, hemorragia, refluxo, diarreia), hepática (insuficiência hepática), endocrinológicas (hiperglicemia, disfunção tireoideia), cardiovasculares (aumento do débito cardíaco, hipotensão, comprometimento da perfusão tecidual, cianose das extremidades) ou renais (aumento dos níveis de ureia e creatinina, diminuição do débito urinário) (Viana et al., 2020).

2.3. Normas e Orientações para o Atendimento à Pessoa com Sépsis

As orientações da implementação de uma norma ou diretiva, sobre o cuidado ao doente com sépsis sofreu algumas atualizações, quer ao nível nacional, quer ao nível internacional. As orientações ou guidelines são um documento de recurso aplicável ao tratamento da sépsis. Estas orientações têm por base a evidência científica desenvolvida por diferentes autores e entidades internacionais.

A mortalidade nos doentes com sépsis varia entre 5% a 50%, mas é evidente que apresenta um nível elevado de risco de vida. A sépsis desenvolvida em contexto hospitalar apresenta maior mortalidade do que quando os sintomas são desenvolvidos na comunidade, sendo que apenas 10% a 20% dos doentes com sépsis desenvolveram sintomas após internamento hospitalar. A

intervenção em doentes com sépsis é da mesma forma recomendada, quer seja um doente internado, quer seja na comunidade. Os doentes que são identificados com sépsis no serviço de urgência, apresentam uma mortalidade mais reduzida, assim como o tempo de internamento, devido ao tratamento instituído precocemente (Baghdadi et al., 2020).

Em 2004 a Surviving Sepsis Campaign (SSC) publicou as primeiras guidelines internacionais, baseadas na evidência sobre a sépsis, que foram revistas em 2008 e novamente em 2012. Posteriormente foram publicadas em 2016 as guidelines internacionais para a gestão de sépsis e choque séptico, que ainda foram revistas e atualizadas em 2018. Esta atualização vem acrescentar a importância da *hour-1-bundle*, colocando fim às duas *bundles* existentes - *Hour-3 e Hour-6* – privilegiando a primeira hora após a identificação do doente suspeito de sépsis (Levy et al., 2018). O cumprimento das normas melhorou a sobrevivência dos doentes com sépsis e choque séptico, sendo alargada e adotada da SSC para o Departamento de Saúde do Estado de Nova York e para os EUA. A definição de *bundle* pela SSC, consiste num conjunto de intervenções relacionadas com um processo de doença, que quando implementadas em conjunto, obtém-se melhores resultados do que implementadas individualmente (Cardoso et al., 2010).

Rhodes et al. (2017, p.349) apresentam a melhor evidência científica para o tratamento e reanimação do doente com sépsis, nas guidelines emitidas em 2016. Assim as recomendações para a reanimação de doente com sépsis são:

1. *Sépsis e choque séptico são emergências médicas que requerem início imediato no tratamento e reanimação;*
2. *Administração de fluidos cristalóides (pelo menos 30ml/kg) nas primeiras 3 horas;*
3. *Reavaliação do estado hemodinâmico após administração de fluidos (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação arterial de oxigénio, frequência respiratória, temperatura, débitos urinários, entre outros)*
4. *Avaliação hemodinâmica adicional (avaliação da função cardíaca) para determinar o tipo de choque, caso o exame clínico não tenha sido claro.*
5. *Reavaliar a capacidade de resposta a fluidos.*
6. *Manutenção da pressão arterial média (PAM) acima de 65mmHg em doentes em choque séptico, com uso de vasopressores.*
7. *Reduzir os níveis elevados de lactato, que indicam uma hipoperfusão tecidual."*

Segundo as orientações das guidelines internacionais em 2016 é recomendado que os hospitais desenvolvam o melhor desempenho no cuidado ao doente com sépsis, implementando uma triagem de doentes com alto risco de sépsis, envolvendo vários profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros). Estas orientações recomendam a instituição de protocolos, triagem e colheita de dados, e avaliação para a melhoria contínua. Assim, preconiza-se a identificação precoce da sépsis, e um melhor tratamento, pois caso seja o rastreamento efetuado tardiamente, o tratamento também não será precoce. A deteção

precoce diminui a mortalidade em doentes com sépsis. A implementação das orientações prévias a 2016, reduziu a mortalidade do doente com sépsis em 0,7%, a cada 3 meses, reduzindo em 4% o tempo de internamento, dados referentes a estudos realizados em hospitais nos Estados Unidos, América do Sul e Europa. Ao nível mundial, verificou-se uma redução de 36-40% na probabilidade de morte no hospital, em doentes com sépsis grave ou choque séptico (definições que se encontravam em vigor) (Rhodes et al., 2017).

Para além do já referido anteriormente, os mesmos autores indicam a necessidade de colheita de culturas microbiológicas (no mínimo 2 hemoculturas), antes do início da terapêutica antibiótica, a ser administrada na primeira hora, recorrendo a antibioterapia empírica de largo espectro. A avaliação do doente e identificação da possível origem do foco de infeção, assim como a remoção de acessos vasculares existentes, e substituídos por novos acessos são atitudes recomendadas pelas guidelines de 2016. A reposição de fluidos, uso de medicação vasoativa e uso de corticosteróides são também recomendados. A alimentação deve ser por via enteral em detrimento da via parenteral (Rhodes et al., 2017).

Em acréscimo às orientações já definidas em 2016, emerge a prioridade de implementação de todas as intervenções na primeira hora logo após a triagem ou contacto com a pessoa com suspeita de sépsis. Assim, demonstram que a sépsis é considerada uma emergência médica, tal como nas situações de politraumatizados ou enfarte agudo do miocárdio, em que a sua identificação precoce e atuação imediata melhora os resultados. As diretrizes definem que a pessoa em estado crítico necessita de avaliação e tratamento urgentes, como a instituição de fluidos, enquanto se identifica a causa, reforçando a importância de uma avaliação inicial detalhada e reavaliação contínua na resposta ao tratamento. Deste modo, as orientações revistas indicam a necessidade de serem implementadas as orientações na primeira hora. O tempo zero é definido como o tempo de triagem ou de primeiro contacto com o doente, caso seja noutra instituição ou pré-hospitalar, devem ser implementadas as orientações. Assim, na hora zero do contacto com o doente com sépsis ou choque séptico é indicativo as seguintes intervenções: medição dos níveis de lactato; colheita de hemoculturas antes da administração de antibióticos (que incluem pelo menos 2 amostras de aeróbios e anaeróbios); administração de antibióticos de largo espectro; administração rápida de 30ml/kg de cristalóide para hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/L; aplicação de vasopressores se o doente estiver hipotenso durante ou após a ressuscitação com fluidos, para manter a tensão arterial média ≥ 65 mmHg (Levy et al., 2018).

2.4. Via Verde Sepsis em Portugal

A DGS defende, já desde 2015, que a prestação de cuidados de saúde tem de ser acessível e equitativa, tendo em conta os recursos disponíveis, para além da adesão e da satisfação da pessoa em situação crítica, desenvolvida por profissionais de nível ótimo. Pretende-se que estes cuidados satisfaçam as necessidades e expectativas dos utentes. O setor da saúde preconiza a melhoria contínua da qualidade, com vista a que os cuidados sejam seguros e efetivos, com uma prestação de cuidados equitativa e no momento adequado (DGS, 2015a).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 definiu um modelo concetual, fazendo um ponto de situação das recomendações com a intenção de que fosse um plano construtivo, participado e baseado na melhor evidência. Este instrumento estratégico possibilitou a fundamentação e alinhamento das políticas de saúde (Campos, 2014). Note-se que no despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto tinha sido definida a rede de urgências, descrevendo e caracterizando o serviço de urgência para o atendimento e tratamento a situações urgentes, gerando uma competição entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP), com o atendimento rápido e não programado. Este despacho esclareceu a integração dos sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência, num sistema único – o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) - constituindo redes de referência genéricas e redes de referência específicas para as quatro vias verdes (Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma), explanando o circuito de doentes. Assim, foram diferenciados os Centros de Trauma de entre os Serviços de Urgência Polivalentes, os pontos de rede, assim como definida a estrutura física, logística e recursos humanos, os critérios e indicadores de qualidade. Esta diferenciação mantém-se até ao momento, sendo os níveis de atendimento à pessoa urgente em Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319, 2014).

O sistema de resposta rápida (vias verdes) define-se por ser continuado e intensificado, sendo o seu encaminhamento tanto no local da ocorrência, como no momento da apresentação dos sintomas, garantindo uma continuidade de cuidados entre os sistemas de emergência pré-hospitalar e hospitalar. De entre as vias verdes, a Via Verde Sepsis, desenvolvida no presente trabalho, pode ter diferentes responsabilidades, dependendo dos níveis de atendimento ao doente urgente: nível 1 (SUB e SUMC sem UCI) e nível 2 (SUMC com UCI – Unidade de Cuidados Intensivos) (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Em 2015, através do Despacho n.º 13427/2015,

são definidos os serviços de urgência que compõem os pontos de rede de urgência e emergência, para efeitos de referenciação, retificado a 24 de novembro de 2015, pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015 (2015).

As recomendações emanadas pelo Ministério da Saúde, em 2014, sobre os roteiros dos serviços de urgência, com linhas de ação para 2016, preconizam a implementação de redes de referenciação genéricas e específicas para as quatro vias verdes (Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma), a monitorização da qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de urgência, emergência, e a monitorização dos indicadores como o tempo que decorre entre a admissão do utente com sepsis e a primeira dose de antibiótico (Campos, 2014).

Em Portugal, a primeira orientação surgiu em 2010, atualizada mais tarde em 2016 e revista em 2017 (Anexo I). A criação e implementação da via verde sepsis provém da circular normativa 01/DQS/DQCO de 2010, que reconhece a prevalência de sepsis em unidades de cuidados intensivos em cerca 22% dos internamentos, em doentes com sepsis adquirida na comunidade. A emergente necessidade de implementação de métodos organizacionais, que possibilitam a precoce identificação e início atempado de terapêutica, determina a criação da Via Verde Sepsis (VVS), onde constam as orientações de implementação (DGS, 2010b). Em 2017 esta norma foi atualizada (norma 010/2016), onde contemplam todas as indicações de recursos, critérios de ativação e algoritmo básico de avaliação e terapêutica (DGS, 2017a).

A DGS (2017a) considerava imperativa a necessidade de implementação da norma sobre a Via Verde Sepsis, para permitir a rápida identificação e administração terapêutica em pessoas com sepsis ou suspeita de infeção, devido ao aumento da incidência de sepsis em Portugal. Alguns fatores causais que enumera no documento são: envelhecimento da população, aumento da incidência de imunossupressão e de uso de técnicas invasivas, e pela maior longevidade de pessoas com doença crónica.

Tal como recomendações de outras vias rápidas (vias verdes), esta via verde é constituída por um conjunto de atitudes, que aplicadas num momento precoce da doença, reduz a morbimortalidade. A gravidade dos casos de sepsis está a aumentar, e por conseguinte aumento de pessoas com falência de um ou mais órgãos ou sistemas (DGS, 2017a). Cerca de 22% a 24% dos internamentos em serviços de medicina intensiva em Portugal, são devido a sepsis adquirida na comunidade, e 87% destes doentes encontravam-se com diagnóstico de choque séptico ou sepsis grave. A

mortalidade hospitalar nas pessoas com choque séptico é superior em três vezes à mortalidade por AVC (Acidente Vascular Cerebral) em Portugal em 2007, atingindo 49-51% (Cardoso et al., 2010). A identificação e estratificação precoce das pessoas com suspeita de sépsis, associada à implementação de intervenções terapêuticas (como antibioterapia adequada) e recuperação hemodinâmica, aumenta a probabilidade de sobrevivência, sendo que por cada hora de atraso no início da instituição de terapêutica antibiótica, à pessoas com sépsis grave ou choque séptico, reduz a probabilidade de sobrevivência em 7,6%. Para além disso, a implementação de protocolos ou orientações neste âmbito reduzem os custos, pela melhoria de utilização dos recursos. A eficácia da implementação da via verde sépsis é avaliada por indicadores o doseamento de lactato sérico, o tempo até ao início de antibioterapia adequada, verificando-se ainda uma prescrição de antibioterapia inadequada em 26% das situações (DGS, 2017a).

A via verde sépsis deve ser implementada quer nos serviços de urgência (nível 1 e 2), quer na emergência pré-hospitalar, e executada a nível local, regional e nacional. A norma define os passos a adotar:

- a) *“Passo 1: identificação precoce de Caso Suspeito VVS, em sede de triagem no SU, na VMER ou no Heli;*
- b) *Passo 2: identificação de Caso Confirmado VVS, pela equipa de sépsis nos SU ou pelo médico VMER ou Heli;*
- c) *Passo 3: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;*
- d) *Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica”*

(DGS, 2017a, p. 1)

A implementação da via verde sépsis apresenta algumas limitações de adesão, quer por parte dos profissionais, quer por parte do diagnóstico. É fundamental, como já apresentado anteriormente, a implementação e diagnóstico precoce em doentes com suspeita de sépsis, mas que é dificultado pela existência de sintomatologia não exclusiva de sépsis, como a taquicardia, taquipnéia, febre, alterações na contagem de leucócitos, entre outros. Os profissionais de saúde por vezes apresentam falta de conhecimento/formação e a inexistência de definições específicas, que dificultam o planeamento e intervenções de forma mais rápida (Viana et al., 2020).

3. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA COM SUSPEITA DE SÉPSIS

O enfermeiro é detentor de formação científica, técnica e humana, para prestar cuidados em diferentes situações, e principalmente em contextos de maior complexidade, com capacidade de atuação de forma autónoma e interdependente, que integra as equipas de emergência, respeitando as normas e orientações emanadas internacionalmente (OE, 2017).

No cuidado ao doente com sépsis, no serviço de urgência, a norma da DGS recomenda que num SU de nível 1, a equipa seja constituída por um médico do SU e um enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica (atribuído o título pela ordem), e num SU de nível 2 a equipa seja constituída por um médico de medicina intensiva e um enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica (atribuído o título pela ordem) (DGS, 2017a).

3.1. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com suspeita de Sépsis no Serviço de Urgência

A pessoa em situação crítica é aquela em que sente a sua vida em risco, em que a sua sobrevivência está ameaçada por falência de alguma função vital, com necessidade de vigilância e monitorização através de meios avançados, com recurso a cuidados qualificados contínuos, prevenindo complicações e na procura da recuperação total da pessoa. O cuidar do doente crítico é da responsabilidade do serviço de medicina intensiva ou unidade de cuidados intensivos. Nestas equipas de cuidados requer-se uma crescente especialização de conhecimento, devido ao aumento da complexidade de técnicas, equipamentos e procedimentos (OE, 2018a).

Assim, o cuidar prestado pelos enfermeiros à pessoa em situação crítica inclui uma avaliação diagnóstica e monitorização contínua, para conhecer de forma continuada a situação da pessoa a quem se presta cuidados, prevendo e detetando precocemente possíveis complicações, e garantindo intervenções eficientes e precisas. Esta competência é adquirida através de um conjunto de saberes, quer ligados à formação inicial, quer associados à experiência de ação adquirida através do contexto de trabalho. O saber agir torna-se complexo, uma vez que advém da conjugação e mobilização de conhecimentos, das atitudes, dos recursos externos e habilidades do profissional, que é aplicado a cada situação. O saber de ação, ou saber profissional, inclui a capacidade de se adaptar à situação complexa, fundamentada nos conhecimentos, e não apenas referente à execução ou prática. Assim, a OE considera um benefício para os profissionais de

enfermagem, as experiências clínicas, tanto quanto maior o número que seja possível, durante o percurso profissional (OE, 2017).

No âmbito deste cuidar, com vista a responder em tempo útil e de forma holística, o enfermeiro especialista transforma os conhecimentos e gere a dor e bem-estar da pessoa em situação crítica, estabelece uma relação terapêutica com a pessoa e família, e assiste nas perturbações emocionais do processo de saúde e doença, quer à pessoa, quer à família/cuidador (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

De acordo com Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19359), o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica (enfermagem à pessoa em situação crítica) apresenta as seguintes competências específicas:

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

O enfermeiro assume uma conduta pessoal, que garanta a qualidade dos cuidados de saúde prestados, dignificando a sua profissão. A OE (2017) recomenda que nos serviços de urgência, os enfermeiros especialistas em enfermagem da pessoa em situação crítica, serão os selecionados para exercerem funções como chefes de equipa. Além disso, recomenda o cumprimento das dotações seguras definidas no Despacho n.º 10319/2014, emitido em Diário da República.

Aos enfermeiros especialistas é-lhes destinadas intervenções especializadas baseadas no conhecimento e evidência científica, fundamentais para a tomada de decisão na área da enfermagem (OE, 2017).

Segundo o Despacho n.º 1057/2015 (2015), é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (já desde o despacho n.º 10319/2014), que permite distinguir os graus de prioridade, até à observação médica. Assim, no Serviço de Urgência os doentes serão encaminhados de acordo com as normas padronizadas, por forma a garantir a observação do doente no local com a maior brevidade possível, pela equipa mais adequada. O Sistema de Triagem de Manchester é uma ferramenta, que está em vigor nos serviços de urgência, baseado nas boas práticas, e que integra vias verdes e protocolos pediátricos, entre outros. *“A uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de doentes*

nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades”, de modo a ocorrer uma resposta adequada às necessidades de cada doente, com maior qualidade e segurança (DGS, 2015b, p.8).

3.2. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Suspeita de Sepsis: Revisão Integrativa da Literatura

A identificação precoce e o tratamento adequado são fundamentais para a aplicação dos protocolos e orientações no cuidado à pessoa com suspeita de sepsis. Assim, é necessária a formação e instrução dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, de forma a que os mesmos consigam identificar e reconhecer os sinais de sepsis e as manifestações clínicas. Estes são fundamentais para o precoce diagnóstico, uma vez que são os profissionais de saúde que estão mais tempo em contacto com o doente, e responsáveis pelas primeiras intervenções específicas (Viana et al., 2020).

A pessoa com sepsis requer cuidados específicos de enfermagem, baseados nas orientações fundamentadas na evidência científica, orientados pela norma portuguesa 010/2016, revista em 2017 (Via Verde Sepsis no Adulto). Assim, surge a preocupação de caracterizar o papel do enfermeiro na implementação de cuidados à pessoa com suspeita de sepsis, no serviço de urgência, com vista a formular um protocolo de atuação para o enfermeiro. A definição e características do papel do enfermeiro é baseada na fundamentação científica, para além das normas e orientações nacionais e internacionais, é necessário fundamentar com a prática baseada na evidência e selecionar a melhor bibliografia que orienta a implementação prática dos cuidados de enfermagem.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) permite fundamentar a prestação de cuidados de saúde com recurso a conhecimento científico e investigação na prática clínica. A PBE reúne a melhor evidência para a tomada de decisão com competência. A revisão integrativa é imprescindível na área da enfermagem, pois resume a literatura, quer seja empírica, quer seja teórica, por forma a atingir a compreensão de determinado fenómeno, com base em diferentes metodologias. Esta, tem um papel importante na PBE em Enfermagem, pois é um método de pesquisa que incorpora as evidências na prática clínica, reunindo e sintetizando, de forma organizada e sistemática, referente a determinado conhecimento ou tema em estudo (Sousa, et al., 2017).

Na revisão integrativa da literatura é desenvolvida uma análise ampla da literatura, que contribui para a discussão de métodos e resultados de investigações, para além de permitir a reflexão sobre

a realização de estudos futuros. Este método de investigação tem como objetivo compreender profundamente um determinado fenómeno, baseado em estudos secundários, sintetizando o conhecimento, e reduzindo as incertezas sobre as recomendações práticas. Assim, é possível determinar uma generalização precisa sobre um determinado fenómeno, seguindo um padrão de rigor metodológico, que facilita a tomada de decisão em relação às intervenções que poderão resultar num cuidado mais efetivo, e melhor custo/benefício. Este método pode ser utilizado quer para a definição de conceitos, análise metodológica ou revisão de teorias, dependendo da finalidade que o investigador pretende, pois permite a combinação da literatura teórica e empírica (Vilelas, 2020).

A revisão integrativa da literatura ajuda os enfermeiros a superarem as dificuldades, a criticar os estudos existentes, por forma a facilitar a transposição do conhecimento adquirido para a sua prática clínica. Este método de pesquisa permite a atualização de conhecimento e facilita a mudança das práticas clínicas, baseadas no resultado da pesquisa, melhorando a prestação de cuidados. Este método de pesquisa permite a obtenção de informações abrangentes e rigorosas sobre determinado tema ou assunto, considerado como instrumento fundamental da prática de enfermagem, que permite, quer a redução de custos, quer a implementação de intervenções efetivas, identificando ainda as potenciais fragilidades do tema, alvo de novas investigações (Sousa et al., 2017).

A revisão da literatura decorreu desde 6 de abril a 22 de abril de 2021, tendo em conta as etapas desenvolvidas ao longo da elaboração da mesma.

A revisão integrativa da literatura constitui um conjunto de etapas:

“ 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento”

(Sousa et al., 2017, p.20).

A definição da questão de pesquisa é o ponto inicial para o desenvolvimento da revisão da literatura, aquela que é fundamental para orientar o trabalho e raciocínio teórico. Esta questão, clara e objetiva, define o ponto de partida para definir os descritores e a procura de informação em resposta à mesma.

A pesquisa tem como objetivo contribuir para o avanço do conhecimento, que orienta para a melhor prática e melhor cuidado ao doente. O início do trabalho científico é a redação da *“pergunta que seja suficientemente clara, concisa e direcionada para o cerne da pesquisa a ser*

desenvolvida”, em que a questão será “*o elo que intermediará todo o processo de pesquisa até a redação final do trabalho*” (Santos & Galvão, 2014, p. 54). O recurso à metodologia PICO, inicia-se pela pergunta de pesquisa com vista a direcionar a revisão da literatura. A estruturação da questão, com base nas quatro componentes: população, intervenção, comparação ou controle e resultados, que viabiliza a melhor evidência disponível, a qual fundamenta as decisões na prática clínica (Santos & Galvão, 2014).

A formulação da questão de partida é a base para encontrar as evidências disponíveis que permitam prestar cuidados seguros e de qualidade, recorrendo-se ao conceito de questão PICO (*Population, Intervention, Comparison; Outcome*). Assim, de acordo com este método, elabora-se como questão de investigação para a revisão da literatura e pesquisa de evidência científica, *Quais as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com sépsis, no serviço de urgência?*, conforme o quadro 1 apresentado, em que cada conceito da pergunta PICO corresponde aos conceitos a pesquisar para obter resposta à questão de investigação.

P	População	Pessoa com suspeita de sépsis
I	Intervenção	Intervenções de enfermagem
C	Comparação	Não se aplica nesta revisão
O	Resultados	Redução do tempo até ao diagnóstico e tratamento Diminuição da mortalidade ou complicações

Quadro 1 - Pergunta PICO da etapa de revisão da literatura (elaborado pelo autor)

O descritor permite identificar os termos ou sinónimos em uso pela comunidade científica, bem como, a sua tradução para o inglês técnico da área da saúde, o que facilita o processamento da pesquisa bibliográfica. Para tal, recorre-se ao DECS/MESH (Descritores em Ciências da Saúde, 2017), para consultar os conceitos chave de pesquisa, conforme quadro 2, em que se apresentam os descritores em português e o seu respetivo descritor em inglês e a sua definição de acordo com o DECS/MESH.

Descritor em Português	Descritor em Inglês	Definição
Sépsis	Sepsis	Síndrome de resposta inflamatória sistémica com uma etiologia infecciosa suspeita ou comprovada.
Padrões da Prática de Enfermagem	Practice Patterns, Nurses	Padrões de prática em enfermagem relacionadas à provisão de serviços incluindo diagnóstico e tratamento.
Papel do Profissional de Enfermagem	Nurse's Role	Função esperada de um membro da profissão de enfermagem.
Cuidados de Enfermagem	Nursing Care	Cuidados prestados ao paciente pela equipe de enfermagem.
Enfermagem de Cuidados Críticos	Critical Care Nursing	Especialidade de enfermagem que lida especificamente com o cuidado de pacientes que estão em estado crítico.
Enfermagem em Emergência	Emergency Nursing	A especialidade em prática de enfermagem no cuidado de pacientes admitidos no departamento de emergência.

Serviço Hospitalar de Emergência	Emergency Service, Hospital	Serviços hospitalares especificamente designados, equipados e dotados de pessoal para atendimento de emergência.
---	-----------------------------	--

Quadro 2 - Descritores em Ciências da Saúde (elaborado pelo autor)

Para responder à questão previamente colocada foi realizada a pesquisa bibliográfica na base de dados online, com revistas indexadas: Web of Science, Medline, Korean Journal Database, Scielo, EBSCO. A pesquisa foi realizada a 15 e 16 de abril de 2021, recorrendo a várias tentativas a incluir com os descritores selecionados, com recurso aos operadores booleanos. Inicialmente a pesquisa foi dirigida no sentido de encontrar orientações para as intervenções de enfermagem, seguidas por guidelines, utilizando os descritores sepsis, practice patterns nurses, nurse's role, nursing care, critical care nursing, emergency nursing e emergency service hospital. Para uma seleção mais objetiva foram efetuadas tentativas com diferentes conjugações dos descritores em inglês, para os quais foram encontrados resultados superiores a 200 artigos, pelo que a pesquisa foi refinada e selecionando por fim a seguinte frase, com base nos descritores em inglês e nos operadores booleanos: *"emergency nursing" and sepsis*. Após a inserção dos dados de pesquisa foram encontrados 58 artigos, para os quais foi redefinida a pesquisa através da definição dos critérios de inclusão e exclusão. Nesta pesquisa foram definidos os critérios de exclusão de artigos com data de publicação anterior a 2016 (ano em que foram emitidas as atuais guidelines sobre os cuidados ao doente com sépsis, que se encontram em vigor), resultando no total de 28 artigos encontrados. Destes artigos foram lidos os títulos e os resumos e excluídos os artigos que não se abordavam diretamente o tema da sépsis, reduzindo a pesquisa para o total de 17 artigos. Destes, apenas existiam 10 artigos com texto completo, cujos foram lidos na íntegra. Ainda assim, foram excluídos 2 artigos por não se referirem às intervenções ou papel do enfermeiro nos cuidados ao doente com sépsis, resultando o total de 8 artigos analisados, explanados de acordo com as principais evidências apresentadas, resumidos no quadro 3. Neste quadro apresentam-se os títulos e autores do artigo, com definição do método de investigação e de seguida, de forma resumida as principais informações e conceitos, em resposta aos elementos da pergunta PICO formulada inicialmente: intervenções de enfermagem na pessoa com sépsis, dificuldades na implementação de um protocolo e benefícios da implementação de protocolos.

Após a seleção da informação mais pertinente, em resposta à questão formulada de acordo com a mnemônica PICO e os artigos analisados na base de dados, verifica-se uma grande preocupação por parte de diferentes autores sobre o papel do enfermeiro no cuidado à pessoa com sépsis. O enfermeiro tem um papel vital dentro da equipa multidisciplinar que cuida de doentes com sépsis,

Artigo (ano)	Autores	Método de investigação	Intervenções de Enfermagem na Pessoa com Sepsis	Dificuldades na implementação de protocolos	Benefícios da implementação de protocolos
<i>Emergency nurses' experiences of the implementation of early goal directed fluid resuscitation therapy in the management of sepsis: a qualitative study (2021)</i>	Kabil, Hatcher, Alexandrou & McNally	Estudo exploratório (entrevistas semi-estruturadas)	Capacitação dos enfermeiros para articular as percepções e implementação na sua prática no cuidado ao doente com sepsis.	Restrições na autonomia dos enfermeiros na administração de fluidos; Inexperiência no tratamento de doentes com sepsis; Medo associado de sobrecarga de fluidos (como edema pulmonar); Inexperiência dos enfermeiros na cateterização endovenosa; Barreiras na comunicação interprofissionais (entre médicos e enfermeiros); Limitações no âmbito da prática dos enfermeiros em emergência; Limitações no conhecimento dos enfermeiros inexperientes.	Melhoria significativa no prognóstico do doente; redução da mortalidade e morbidade; redução de custos económicos.
<i>Recognition and management of sepsis in early infancy (2016)</i>	Barnden, Diamond, Heaton & Paul	Revisão da literatura	Reconhecer os sinais e sintomas de sepsis na primeira infância – deteção precoce; Regular monitorização dos bebés com sepsis; Início do tratamento; Organizar a transferência para unidades especializadas; Envolver e apoiar os pais no cuidado do seu filho doente, o mais próximo possível.		A identificação precoce leva ao início apropriado do tratamento e provavelmente está associada a melhores resultados.
<i>Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study (2019)</i>	Harley, Johnston, Denny, Keijzers, Crilly, & Massey	Estudo Qualitativo descritivo (entrevistas semi-estruturadas)	Papel chave do enfermeiro é a avaliação, e reconhecimento da deterioração do doente; Os enfermeiros da triagem são os principais a responder a doentes com sepsis, e por isso devem ter experiência e conhecimento sobre a apresentação e tratamento da sepsis.	Falta de conhecimento e familiaridade com ferramentas, critérios SIRS e qSOFA; Falta de capacidade em reconhecer a sepsis nos doentes; Dificuldade em reconhecer o doente com sepsis sem recurso a ferramentas; O enfermeiro tem um papel vital dentro da equipa multidisciplinar que cuida de pacientes com sepsis, mas não há menção específica do papel dos enfermeiros nas diretrizes atuais. Existência de barreiras organizacionais, profissionais e clínicas em sua prática clínica que limitam a sua capacidade de reconhecer e responder ao doente com sepsis.	A importância do reconhecimento precoce e da resposta à sepsis previne a deterioração do doente; A resposta rápida à sepsis e o início do tratamento adequado são essenciais para a sobrevivência e recuperação do doente.
<i>Improving 3-hour sepsis bundled care outcomes: implementation of a nurse-driven sepsis protocol in the emergency department (2019)</i>	Moore, Vermuelen, Taylor, Kihara & Wahome	Estudo qualitativo comparativo	Importância de desenvolvimento de protocolos desenhados por enfermeiros, que facilitem a implementação de cuidados integrados à sepsis; Desenvolvimento de processos de comunicação interdisciplinar que reforcem a sensibilidade ao tempo de intervenção no doente com sepsis.	Redução do tempo de triagem; Implementação de intervenções de tratamento de sepsis organizadas; Reconhecimento precoce da sepsis pelos enfermeiros de emergência (são os primeiros a avaliar os doentes).	A deteção precoce melhorará os resultados dos doentes.
<i>Knowledge and attitude towards identification of systemic inflammatory response syndrome (SIRS)</i>	Rahmana, Chana, Zakariac, & Jaafar.	Estudo transversal	Programas educacionais com a colaboração de especialistas devem ser organizados para melhorar o conhecimento e os resultados para doentes com	Falta de conhecimento sobre sepsis e tratamento por parte dos enfermeiros, paramédicos, técnicos de emergência médica, médicos e médicos em treino;	

<i>and sepsis among emergency personnel in tertiary teaching hospital (2019)</i>			sépsis, identificados em ambientes de atendimento pré-hospitalar e de emergência. Colheita de hemoculturas; Aplicar oxigenoterapia; Administrar antibioterapia; Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a sépsis.	Falta de clareza e concordância no reconhecimento da disfunção orgânica como um sinal de sépsis grave;	
<i>Barriers to clinical practice guideline implementation for septic patients in the emergency department (2018)</i>	Reich, Then, & Rankin.	Revisão da literatura	Educação, liderança e colaboração interdisciplinar facilitam a implementação das guidelines; Os enfermeiros de emergência e enfermeiros de prática avançada devem encontrar maneiras de minimizar as barreiras e maximizar os facilitadores para a implementação das guidelines; Criação de uma estrutura específica à implementação de guidelines de sépsis e avaliação se a implementação foi bem-sucedida a longo prazo; Educação continuada e trabalho em equipa multidisciplinar.	Fatores internos: falta de interesse em mudar as práticas atuais, falta de percepção da utilidade da diretriz, falta de conhecimento da diretriz ou condição médica e diretrizes inconsistentes no local de trabalho; Fatores externos: falta de apoio da equipa administrativa ou de liderança, falta de educação, falta de equipamento ou espaço necessário, falta de tempo e uma carga de trabalho pesada do paciente. A subrelotação da urgência dificulta a implementação das diretrizes.	Melhora as taxas de mortalidade estatisticamente para doentes com sépsis grave ou choque séptico. Melhora os resultados dos doentes.
<i>A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses (2019)</i>	Storozuk, MacLeod, Freeman, & Banner.	Estudo descritivo transversal	Necessidade de programas educacionais e abordagens de coaching que maximizem as habilidades dos enfermeiros para melhorar sua tomada de decisão com relação à avaliação precoce e intervenção apropriada para pessoas com sépsis. Facilitar a movimentação dos doentes na urgência; Reconhecer precocemente a sépsis para prestar atendimento adequado e oportuno.	Falta de conhecimento das variáveis da síndrome de resposta inflamatória sistêmica associada à sépsis e definições de sépsis e seu tratamento; O desafio na prestação de cuidados relacionados com a sépsis, com sobrecarga de trabalho relacionadas com o estado do doente. Dificuldade no conhecimento da complexa fisiopatologia subjacente à sépsis, pelos enfermeiros, em conjunto com manifestações clínicas altamente variáveis.	
<i>Raising awareness for sepsis, sepsis screening, early recognition, and treatment in the emergency department (2018)</i>	Walters	Revisão da literatura	Reconhecimento precoce e início do doente com sépsis. Realização de triagem de sépsis na triagem, pelos enfermeiros, em doentes com suspeita de infeção; Implementar os protocolos de início de sépsis; Educar a equipa, os doentes e as famílias quanto aos sinais e sintomas de sépsis, aumentando a consciencialização; Formar a equipa de triagem e enfermeiros da urgência sobre sépsis e a sua progressão;		A triagem precoce, reconhecimento e tratamentos melhoram os desfechos relacionados à sépsis, pois são vitais para os resultados do doente e a sua sobrevivência à sépsis;

Quadro 3 - Quadro de referência dos artigos de revisão bibliográfica (elaborado pelo autor)

mas não há menção específica do papel dos enfermeiros nas diretrizes atuais (Harley et al., 2019). De salientar que a intervenção do enfermeiro de urgência é fundamental para o reconhecimento precoce do doente com sépsis, papel valorizado por grande parte dos autores (Harley et al., 2019; Moore et al., 2019; Rahmana et al., 2019; Storozuk et al., 2019; Walters, 2018).

Os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência reconhecem que o seu papel no atendimento à pessoa com sépsis não é compreendido, devido a uma lacuna na pesquisa e compreensão clara das capacidades e apoio destes profissionais. Uma explicação plausível é que há probabilidade das diretrizes serem aplicadas de forma inconsistente pelos profissionais, o que dificulta essa prestação de cuidados. A dificuldade de aplicação das normas e orientações no cuidado à pessoa com sépsis atrasa a implementação de intervenções, e aumenta a mortalidade e morbidade (Harley et al., 2019).

A melhoria na implementação das orientações para a prática no cuidado à pessoa com sépsis, por parte dos enfermeiros, inicia-se pela identificação das dificuldades destes profissionais em aplicarem na prática os seus conhecimentos ou a aquisição de autonomia.

A falta de conhecimentos teóricos e de reconhecimento das manifestações clínicas da sépsis, por parte dos enfermeiros, é referida por Kabil et al. (2021); Harley et al. (2019); Rahmana et al. (2019); Reich et al. (2018); Storozuk et al. (2018). Além disso, a inexperiência no tratamento de doentes com sépsis, por parte dos enfermeiros, e limitações na autonomia, nomeadamente pela administração de fluídos e pelo medo de sobrecarga hídrica, são apontados como aspetos limitadores do desempenho dos enfermeiros. A comunicação interprofissional é também uma barreira limitadora na implementação dos protocolos ou diretrizes (Kabil et al., 2021).

Harley et al. (2019) enumeram a falta de conhecimento e de capacidades dos enfermeiros no âmbito na aplicação dos critérios qSOFA ou uso de outras ferramentas para reconhecer mais precocemente o risco de sépsis na pessoa em situação crítica.

As barreiras organizacionais são também enumeradas como limitadoras da aplicação prática das orientações no atendimento ao doente com sépsis (Reich et al., 2018; Harley et al., 2019). A sobrecarga de trabalho e superlotação do serviço de urgência, aumenta o tempo de espera dos doentes, e atrasa o reconhecimento do doente com sépsis (Reich et al., 2018; Storozuk et al., 2018).

No sentido de colmatar as dificuldades identificadas pelos autores, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com sépsis, alguns autores sugerem intervenções, com vista

à obtenção de uma melhor prática, e, conseqüentemente, uma redução da mortalidade e morbidade nestes doentes.

A formação dos enfermeiros na urgência, responsáveis pela triagem das pessoas que recorrem ao serviço de urgência, e sendo estes os primeiros a contactar com elas, é a intervenção primordial referida pelos estudos desenvolvidos. Kabil et al. (2021) sugerem a capacitação dos enfermeiros, para articular as perceções e implementação na sua prática no cuidado ao doente com sépsis. A avaliação do doente com sépsis e o reconhecimento da deterioração do estado do doente percebida pelos enfermeiros, é fundamental para a intervenção precoce, em que recomendam a triagem da sépsis na triagem da urgência, pelos enfermeiros, em doentes com suspeita de infeção (Harley et al., 2019; Walters, 2018).

O desenvolvimento de processos de comunicação interdisciplinar reforça a sensibilidade e o tempo de intervenção no doente com sépsis (Moore et al., 2019), realçando a importância do trabalho em equipa multidisciplinar (Reich et al., 2018).

A formação e a criação de programas educacionais são enumeradas como fundamentais para os enfermeiros responsáveis pela triagem e que desempenham funções no serviço de urgência, para instruir sobre a aplicação das guidelines, de forma a maximizarem as habilidades dos enfermeiros, para melhorar a sua tomada de decisão, com relação à avaliação precoce e intervenção apropriada para pessoas com sépsis (Storozuk et al., 2018). A educação, liderança e colaboração interdisciplinar facilitam a implementação das guidelines (Reich et al., 2018).

Harley et al. (2019) referem que a educação por si só pode ser insuficiente ou ineficaz e que precisa de ser ministrada num ambiente adequado ao contexto e no momento apropriado.

Walters (2018) e Barnden et al. (2018) sugerem o envolvimento das famílias e a sua consciencialização, para além dos profissionais, sobre a sépsis. Rahmana et al. (2019) defendem que a triagem e identificação da pessoa suspeita de sépsis se inicie na abordagem pré-hospitalar, para reduzir o tempo de espera e atraso na implementação das guidelines, pelo que também estes profissionais têm de ser consciencializados a participarem em formação.

Os enfermeiros de emergência e enfermeiros da prática avançada reconhecem que é necessário encontrar formas de minimizar estas barreiras e maximizar os facilitadores para a implementação das orientações, através da criação de uma estrutura específica à implementação das guidelines de sépsis e avaliação se a implementação foi bem-sucedida a longo prazo (Reich et al., 2018).

O desempenho prático dos enfermeiros no cuidado ao doente com sépsis passa pela regular monitorização dos doentes com sépsis (Barnden et al., 2018), e pela administração de

antibioterapia, fluidoterapia, colheita de hemoculturas e aplicação de oxigenoterapia, entre outras (Rahmana et al., 2019).

É recomendado que as intervenções de enfermagem sejam iniciadas de forma imediata e coletiva, a partir do reconhecimento, para otimizar a perfusão de órgãos vitais e estabilidade hemodinâmica. A capacitação dos enfermeiros permite articular as suas percepções e oferecer uma oportunidade de expandir as suas práticas de cuidados, o que leva a uma melhoria do prognóstico dos doentes, e redução da mortalidade e morbidade (Kabil et al., 2021).

A identificação precoce leva ao início apropriado do tratamento e provavelmente está associada a melhores resultados, prevenindo a deterioração da pessoa (Barnden et al., 2018; Harley et al., 2019), essenciais à recuperação do mesmo. A importância do reconhecimento precoce e da resposta à sépsis previne a deterioração do doente (Harley et al., 2019; Reich et al., 2018).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência é o contexto de saúde onde ocorre o primeiro contacto com o doente crítico. *“O serviço de urgência tem por 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 [ACSS), 2015, p. 1). A situação de urgência requer uma intervenção de avaliação e/ou correção, podendo ser ao nível curativa ou paliativa. Emergência é uma situação em que existe risco de perda de vida ou da função orgânica, com necessidade de intervenção num curto espaço de tempo. A situação crítica refere-se à condição em que se não for rapidamente reversível, necessitará de métodos de suporte avançado de vida e de órgãos (ACSS, 2015).

O estágio, incluído na unidade curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, decorreu entre janeiro e junho de 2021, no serviço de urgência médico-cirúrgica, na zona norte de Portugal. Neste sentido, tendo em conta a proposta pela instituição de ensino (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho), e as necessidades identificadas no contexto do serviço de urgência, foi desenvolvido um trabalho de projeto relacionado com o doente crítico e a sépsis, através da metodologia de projeto.

A metodologia de projeto consiste num processo de aquisição de competências e características pessoais através de um processo de investigação, confrontando com a realidade da prática de enfermagem. Segundo Ruivo et al. (2010), o trabalho de projeto é constituído pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação; planificação das atividades, execução das atividades; avaliação; divulgação dos resultados. Assim, tendo em conta as etapas desta metodologia, para além de se basear numa investigação sustentada, contempla também um desenho de uma intervenção, com vista à resolução dos problemas, descrito como investigação-ação.

A realização de todo o projeto teve por base o cumprimento dos princípios éticos, referidos pelo Conselho de Ética da Universidade do Minho (2020), que preconiza os princípios fundamentais de integridade, constituídos pela confiabilidade, honestidade, respeito e responsabilidade. O projeto desenvolvido teve por base o respeito de todos os doentes e profissionais, com responsabilidade, sem identificação ou referência a qualquer dado informativo acerca do local em que decorreu o estágio, de modo a garantir a confidencialidade. Assim, não foram necessárias solicitar autorizações, cumprindo as orientações fornecidas pela lei geral de proteção de dados e o anonimato dos profissionais e entidade em que decorreu o estágio.

4.1. Serviço de Urgência: Contexto de Estágio

O desenvolvimento do estágio e relatório final, ao qual se refere o presente relatório, decorreu num serviço de urgência, num hospital da região norte de Portugal. O serviço de urgência médico-cirúrgico, local de acolhimento para situações de urgência, é um serviço que existe em rede, como principal apoio diferenciado em resposta a situações específicas de acordo com a rede de referenciação. Independentemente da referenciação, o serviço de urgência é responsável por avaliar e orientar os doentes urgentes e emergentes, de acordo com os recursos existentes, assegurando as funções vitais do doente, com vista a estabilizar, tratar definitivamente, ou se não for possível, realizar o devido encaminhamento para o local melhor preparado para o tratamento definitivo do mesmo (Hospital da Zona Norte, 2016).

O serviço de urgência é constituído pela urgência geral, pediátrica e ginecológica, e obstétrica, sendo decorrido o presente estágio apenas na urgência geral. A missão do serviço de urgência consiste em prestar “*cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, em articulação com os cuidados de saúde primários e as instituições hospitalares que integram a rede do Serviço Nacional de Saúde*” e a “*formação contínua de todos os profissionais envolvidos nas atividades do SU*” (Hospital da Zona Norte, 2016, p. 2). Os objetivos deste serviço consistem em “*responder com eficácia e polivalência aos cuidados de saúde solicitados, desenvolver a sua atividade de acordo com os avanços contínuos da medicina e contribuir com as condições necessárias aos profissionais para o alcance do desiderato a que se propõe*” (Hospital da Zona Norte, 2016, p.2).

No serviço em que decorreu o estágio, são definidas equipas de trabalho, dirigidas por um chefe de equipa e um responsável de turno, sendo constituída por: médicos; enfermeiros; técnicos de diagnóstico e terapêutica; assistentes técnicos; assistentes operacionais; assistente social; pessoal dos serviços gerais; seguranças; voluntariado. Estão definidas as competências dos enfermeiros do serviço de urgência:

“Os enfermeiros da equipa do SU identificam, organizam, coordenam, executam, e avaliam as intervenções de enfermagem aos vários níveis de prevenção.

Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade.

Utilizam princípios e técnicas de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, conservação de um ambiente seguro, preservação da intimidade/privacidade do utente.

Participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou no domicílio.

Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade.

Acolhem o utente em situação de urgência/emergência e atuam de acordo com as qualificações, conhecimentos e competências atualizadas com a finalidade da manutenção ou recuperação do doente.

Identificam, orientam, ensinam, treinam e avaliam sobre procedimentos e necessidades em cuidados a continuar pelo utente ou família no domicílio.

Colaboram na elaboração e atualização de protocolos referentes a normas e critérios de atuação em situações de urgência/emergência, de acordo com a sua competência técnica.

Procedem ao registo fiel da informação sobre observações e intervenções planeadas e realizadas.

Elaboram nota de alta/transfêrencia assegurando a continuidade de cuidados.

Procedem ao acompanhamento do utente no transporte intra e inter-hospitalar.

Colaboram na implementação de práticas e padrões de qualidade, empenhando-se na manutenção e atualização dos mesmos.

Colaboram na partilha do conhecimento, nos projetos de formação e investigação, tendo em conta a evolução e qualidade de cuidados.

Assumem a delegação de tarefas em profissionais deles funcionalmente dependentes, quando estes tenham a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.

Compete aos Enfermeiros orientar a integração de novos colegas a iniciarem funções no S.U., sempre que o Enfermeiro Chefe assim o determine.

Os Enfermeiros da equipa cessante não podem ausentar-se sem serem substituídos."

(Hospital da Zona Norte, 2016, p.13).

O serviço de urgência geral é constituído fisicamente por diferentes áreas: triagem de prioridades; triagem médica (área verde e área amarela); sala de emergência; área médica; área cirúrgica e de ortopedia; área de trauma; área de internamento (unidade de decisão clínica); área cuidados intermédios da urgência e OBS (sala de observações). No decorrer do estágio tive oportunidade de contactar com todas as áreas, no entanto houve três áreas em que estive mais presente - área da sala de emergência, área intermédia e OBS e área médica, por serem locais onde maioritariamente se prestam cuidados ao doente crítico.

4.2. Diagnóstico da Situação

A definição do tema do projeto a desenvolver neste contexto de estágio, foi baseada no diagnóstico da situação, por forma a permitir identificar quer as necessidades do serviço, quer a forma de melhor contribuir para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista que presta cuidados ao doente crítico.

Para a construção do diagnóstico da situação, a primeira etapa, definem-se os problemas, estabelecendo as prioridades e enumerando as causas prováveis, com vista a seleccionar posteriormente os recursos e grupos intervenientes. Assim, neste processo contínuo e dinâmico implica a identificação do problema e a determinação das necessidades. A definição do problema desenvolve-se através de recolha de informações objetivas, com o início de uma investigação (Ruivo et al., 2010).

A identificação do problema é baseada numa análise bibliográfica, ou seja, revisão da literatura, que permite apresentar os conhecimentos relacionados com o problema de investigação. A revisão da literatura permite explorar o conhecimento que existe, e o que ainda falta, privilegiando as fontes do tipo primário, com recurso a uma pesquisa de documentos em bases de dados, bibliotecas ou outros centros de documentação (Fortin, 2009).

Assim, após uma exploração da melhor evidência científica, define-se o diagnóstico da situação para desenvolver a metodologia de projeto, já referida anteriormente. Qualquer projeto em saúde tem como objetivo proporcionar benefícios, que se mantenham ao longo do tempo, estimular a iniciativa em equipas interdisciplinares, e principalmente nos enfermeiros, permitir o desenvolvimento com base nos recursos já previamente disponíveis. O objetivo primordial do projeto é a satisfação das necessidades ou problemas identificados, por forma a melhorar a eficácia dos serviços prestados (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico da situação, um processo dinâmico e contínuo, fundamenta as atividades realizadas nos serviços, por forma a avaliar posteriormente o sucesso das medidas implementadas, reconhecendo o problema de saúde, para identificação posterior das necessidades do serviço. Assim, no início do estágio foi elaborada uma entrevista ao enfermeiro diretor do serviço de urgência, com recurso à elaboração de uma análise SWOT, instrumentos de diagnóstico que permitem a identificação e validação dos problemas, para além da observação desarmada do contexto no decorrer do estágio (Ruivo et al., 2010).

A entrevista realizada ao enfermeiro diretor do serviço (data de 2 de fevereiro de 2021), constante no apêndice I, com perguntas de resposta aberta, que permitiram um melhor conhecimento sobre as dificuldades existentes no serviço, assim como as necessidades na melhoria da prestação de cuidados ao doente crítico, ou gestão de cuidados no serviço de urgência. Para além desta entrevista, as mesmas questões foram colocadas aos enfermeiros do serviço, de modo informal, que corroboraram as respostas fornecidas pelo enfermeiro diretor do serviço de urgência. As respostas obtidas pela aplicação da entrevista, foram analisadas de acordo com os assuntos principais, que contribuiu para a realização da análise SWOT.

A análise SWOT consiste numa técnica utilizada com recurso a um quadro dividido em quatro quadrantes, que constituem a enumeração das fraquezas, ameaças, forças e oportunidades, permitindo a reflexão sobre os fatores positivos e negativos do serviço, por forma a utilizar as forças que respondem às ameaças ao sistema (Ruivo et al., 2010).

Todo o processo de mudança requer uma análise das forças e obstáculos eventuais existentes, como forma de prever as dificuldades na implementação do projeto, tirando o maior proveito das forças identificadas. Assim sendo, foi elaborada uma análise SWOT ("Strength, Wicknesses, Oportunities and Threats") com vista à análise do cenário e posição estratégica do projeto (quadro 4).

INTERNOS	FORÇAS (S) <ul style="list-style-type: none"> • Motivação da equipa • Espírito de trabalho em equipa • Competências de cooperação em equipa • Necessidade reconhecida pelo Enfermeiro chefe e responsáveis de equipa do tema sépsis 	FRAQUEZAS (W) <ul style="list-style-type: none"> • Existência de obras e mudanças na estrutura física do serviço de urgência constantes • Reformulação de circuitos de doentes • Falta de formação na área do atendimento ao doente crítico • Equipas pouco organizadas na distribuição de funções
EXTERNOS	OPORTUNIDADES (O) <ul style="list-style-type: none"> • Momento de reorganização do serviço de urgência • Inexistência de protocolo de atuação ou via verde sépsis • Existência da circular normativa da DGS sobre via verde sépsis • Melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados • Temática no eixo estratégico qualidade dos cuidados da extensão do plano nacional de saúde a 2020 	AMEAÇAS (T) <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na divulgação • Sobrecarga de trabalho nos profissionais • Limitações provocadas pelo desenvolvimento da pandemia COVID 19 • Falta de motivação/adesão dos profissionais

Quadro 4 - Análise SWOT do diagnóstico da situação (elaborado pelo autor)

Após a identificação do problema, que consiste na falta de conhecimento e inexistência de um protocolo ou via verde de atuação perante a pessoa com suspeita de sépsis, baseado nas necessidades identificadas através da análise swot, definiram-se os objetivos e características do problema identificado. Segundo Ruivo et al. (2010) o problema é definido de forma a ser concreto e real, com possibilidade de operacionalização através de uma variável, de forma relevante, reunindo todos os recursos técnicos e materiais, e definido de forma clara e perceptível por qualquer investigador. No local em que decorreu o estágio existia já a implementação da via verde AVC, desde o momento da triagem, com possibilidade de ser ativada a qualquer momento aquando da permanência do doente no SU, pelo que os profissionais já tinham conhecimento de um protocolo e suas intervenções. No que respeita ao lidar com doente com sépsis, esta área ainda era desconhecida, e pelas entrevistas informais com os profissionais de enfermagem do SU, era desconhecida a existência de uma norma portuguesa sobre a aplicação de uma Via Verde Sépsis.

O diagnóstico de sépsis, quando identificado, não são prestados cuidados ou intervenções protocoladas ou uniformizadas, de forma a que são baseados no conhecimento científico de cada profissional de saúde.

Assim, com o diagnóstico da situação é identificado o problema no serviço de urgência, do hospital da região norte, com vista a responder à principal necessidade: reduzir o tempo de reconhecimento da pessoa com suspeita de sépsis, com recurso a um protocolo de atuação em caso de suspeita de sépsis.

4.3. Definição de Objetivos

A definição de objetivos, segunda etapa da metodologia de projeto, é o momento em que se definem os resultados que se pretendem alcançar, quer gerais, quer específicos, sendo considerados os enunciados para alcançar os resultados esperados. Estes permitem ainda selecionar os conteúdos, definir métodos e avaliar a sua eficácia. De uma forma geral, os objetivos obedecem a determinadas características: claros, concisos, concretizáveis, mensuráveis, e de preferência em número reduzido (Ruivo et al., 2010).

Por forma a responder ao problema e a definir os objetivos a atingir, baseados numa intervenção em saúde na população-alvo, definiu-se um objetivo geral, objetivos específicos e metas, conforme consta no quadro seguinte.

OBJETIVO GERAL	
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com suspeita de sépsis, no serviço de urgência 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar a proposta de um protocolo com as intervenções de enfermagem perante uma pessoa com suspeita de sépsis, tendo por base as orientações internacionais e a norma da DGS sobre a Via Verde Sépsis; Planear uma ação de formação dirigida aos profissionais de saúde sobre os conceitos, sinais e sintomas de sépsis, com recurso à evidência científica; Apresentar à equipa a proposta de protocolo de atuação em caso suspeito de sépsis; Avaliar com os profissionais a ação formativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Consciencializar os profissionais para a implementação das práticas baseadas em evidência face à pessoa suspeita de sépsis, tendo em vista: <ol style="list-style-type: none"> i) Reduzir a morbilidade da pessoa com sépsis que recorre ao SU; ii) Ativar o protocolo em caso suspeito de sépsis na 1ª hora no SU, em pelo menos 75% das pessoas com confirmação de diagnóstico de infeção. Aumentar em pelo menos 50% a identificação de casos suspeitos de sépsis, desde a triagem e na primeira hora de permanência no SU: <ol style="list-style-type: none"> i) Encaminhar para a sala de emergência pelo menos 75% das pessoas com suspeita de sépsis com um critério de gravidade;

- ii) Realizar colheita de hemoculturas na primeira hora a pessoas com suspeita de infecção, em pelo menos 75%;
- iii) Administrar antibioteapia nos primeiros 60min a pelo menos 75% das pessoas com suspeita de sépsis.

Quadro 5- Definição de objetivos e metas do projeto (elaborado pelo autor)

4.4. Planeamento

A metodologia constitui uma componente fundamental da investigação, que surge como base para alcançar os objetivos de um estudo. O planeamento é a fase de desenho do projeto, com a previsão de recursos e de limitações para a aplicabilidade do mesmo, como a definição das atividades, estratégias e meios pertencentes ao projeto (Ruivo et al., 2010).

Ruivo et al. (2010) salientam que as atividades a desenvolver serão baseadas nos objetivos previamente definidos, com definição do cronograma do desenvolvimento do projeto. O cronograma do projeto foi desenvolvido em fevereiro, conforme apresentado no apêndice II.

As atividades, que podem ser divididas em tarefas, são caracterizadas por uma duração esperada, que têm como intervenção neste projeto a elaboração de uma proposta de protocolo de atuação em caso suspeito de sépsis e uma ação de formação para os profissionais de saúde. As estratégias definidas de acordo com os objetivos e atividades delineadas, encontram-se presentes no quadro 6.

Atividade	Estratégias	Meios e Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um protocolo de atuação perante a pessoa com suspeita de sépsis 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar uma revisão integrativa da literatura • Consultar a norma da DGS sobre a Viva Verde Sépsis • Desenhar o Fluxograma de triagem do doente com suspeita de sépsis • Desenhar um protocolo orientador para as intervenções de enfermagem face à pessoa com suspeita de sépsis • Reunir com os chefes de equipa para consultar estratégias sobre a aplicabilidade do protocolo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aluna da especialidade • Chefes de equipa e chefe do serviço de urgência • Computador, papel, caneta, impressora • Financeiros: a definir
Atividade	Estratégias	Meios e Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de uma ação de formação sobre a atuação do enfermeiro perante a pessoa com supeita de sépsis 	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar os profissionais para participarem na ação de formação • Desenvolver a ação por via e-learning • Divulgar a Via Verde Sépsis da DGS • Divulgar o protocolo de sépsis elaborado 	<ul style="list-style-type: none"> • Aluna da especialidade • Enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência • Computador, papel, caneta, impressora • Financeiros: a definir

Quadro 6 - Planeamento das atividades do projeto (elaborado pelo autor)

As atividades e as estratégias definidas são fundamentais para o desenvolvimento prático do protocolo sobre a atuação com a pessoa com suspeita de sépsis. O desenho do mesmo, assim como a sua elaboração está descrita na fase de execução.

4.5. Execução

A etapa de execução do projeto é a que coloca em prática todas as atividades e estratégias planeadas, consistindo na fase de materialização. Nesta fase tenta-se responder aos objetivos previamente estabelecidos, mas caso existam obstáculos à sua realização, estes devem ser identificados e definidas novas estratégias para manter o foco de realização dos objetivos propostos. Neste sentido é possível iniciar a avaliação da aprendizagem, resolver os problemas e desenvolver as competências (Ruivo et al., 2010).

A definição do protocolo de atuação de um enfermeiro, perante uma pessoa com suspeita de sépsis é baseada nas guidelines internacionais e na norma da Via Verde Sépsis, revista pela DGS em 2017, tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis no contexto de estágio.

O protocolo elaborado foi revisto pelo supervisor do contexto, para avaliação da exequibilidade prática no contexto do serviço de urgência onde decorreu o estágio. Este protocolo tem como principal objetivo orientar os enfermeiros para o reconhecimento precoce e sinalização da pessoa com suspeita de sépsis, reduzindo o tempo de resposta e de intervenções dirigidas ao mesmo (apêndice III).

Após a consulta das normas internacionais e nacionais foi construído um instrumento para orientar os enfermeiros do serviço de urgência, com vista a reconhecerem o mais precocemente a pessoa com suspeita de sépsis, e intervir no sentido da redução da morbilidade destes doentes, quando recorrem ao serviço de urgência. Assim, surge a construção do protocolo que se pretende propor ao serviço para ser implementado numa fase experimental, avaliado e se necessário, adaptar e reavaliar para uma melhor eficácia das intervenções de enfermagem à pessoa com suspeita de sépsis. A denominação do protocolo refere-se a caso suspeito de sépsis, a mesma terminologia utilizada pela Via Verde Sépsis, emanada pela DGS, quando se refere à pessoa com suspeita de sépsis.

Este protocolo foi validado pelo supervisor de estágio, enfermeiro gestor e pela equipa que participou no projeto de intervenção, no sentido de considerar o seu carácter prático e exequível. Durante o período de desenvolvimento do presente documento não foi possível implementar o

protocolo, por aguardar a validação do enfermeiro diretor do serviço de urgência e administração do hospital da região norte de Portugal.

O protocolo desenhado inicia-se pela apresentação dos objetivos do mesmo, segundo as normas da DGS atualizadas em 2017: reconhecer a pessoa com sépsis na primeira hora de chegada ao SU; definir o encaminhamento da pessoa com suspeita de sépsis; definir o procedimento uniformizado de atuação perante a pessoa com suspeita de sépsis; melhorar a qualidade e segurança das pessoas com sépsis. Este protocolo é destinado aos profissionais de saúde que desempenham funções no serviço de urgência do hospital da região norte de Portugal. A responsabilidade de implementação do protocolo é da direção do Serviço de Urgência, responsável pela aprovação e divulgação. Os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo seu cumprimento, os restantes profissionais de saúde pela cooperação e colaboração na sua implementação.

A definição de sépsis e choque séptico é descrita no protocolo, para fácil consulta dos profissionais e uniformização dos conhecimentos acerca destes conceitos, seguindo-se das orientações gerais do protocolo.

A aplicação do protocolo é realizada no momento da triagem, mas caso não seja possível ou identificados os critérios de ativação, este pode ser aplicado em qualquer outro momento no decorrer da permanência da pessoa no SU. A ativação do protocolo é baseada nos critérios de ativação da Via Verde Sépsis, definida pela DGS em 2017. O reconhecimento da presença de um critério de presunção de infeção, e de pelo menos um critério associado à inflamação sistémica, sendo que a alteração da temperatura corresponde à temperatura auricular $<35^{\circ}\text{C}$ ou $>38^{\circ}\text{C}$ medida ou referida, são os critérios de ativação do protocolo. Esta ativação consiste no pelo enfermeiro da triagem "*Suspeita de Sépsis*" (no local da descrição da queixa), caso não se apliquem os critérios de exclusão. Neste momento é preenchido o formulário de ativação do protocolo de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis, que acompanhará a pessoa durante a permanência no SU. A orientação de todas as etapas do processo de ativação do protocolo está resumida no fluxograma, a ser afixado em todas as salas de trabalho de enfermagem, incluindo na sala de triagem, de modo a facilitar a consulta e a sua rápida aplicabilidade (figura 1).

O preenchimento do formulário, efetuado pelo enfermeiro da triagem ou do serviço de urgência, permite rapidamente reconhecer quais os critérios de ativação presentes, assinalando com um X, de modo a que todos os profissionais verifiquem no mesmo documento a presença desses

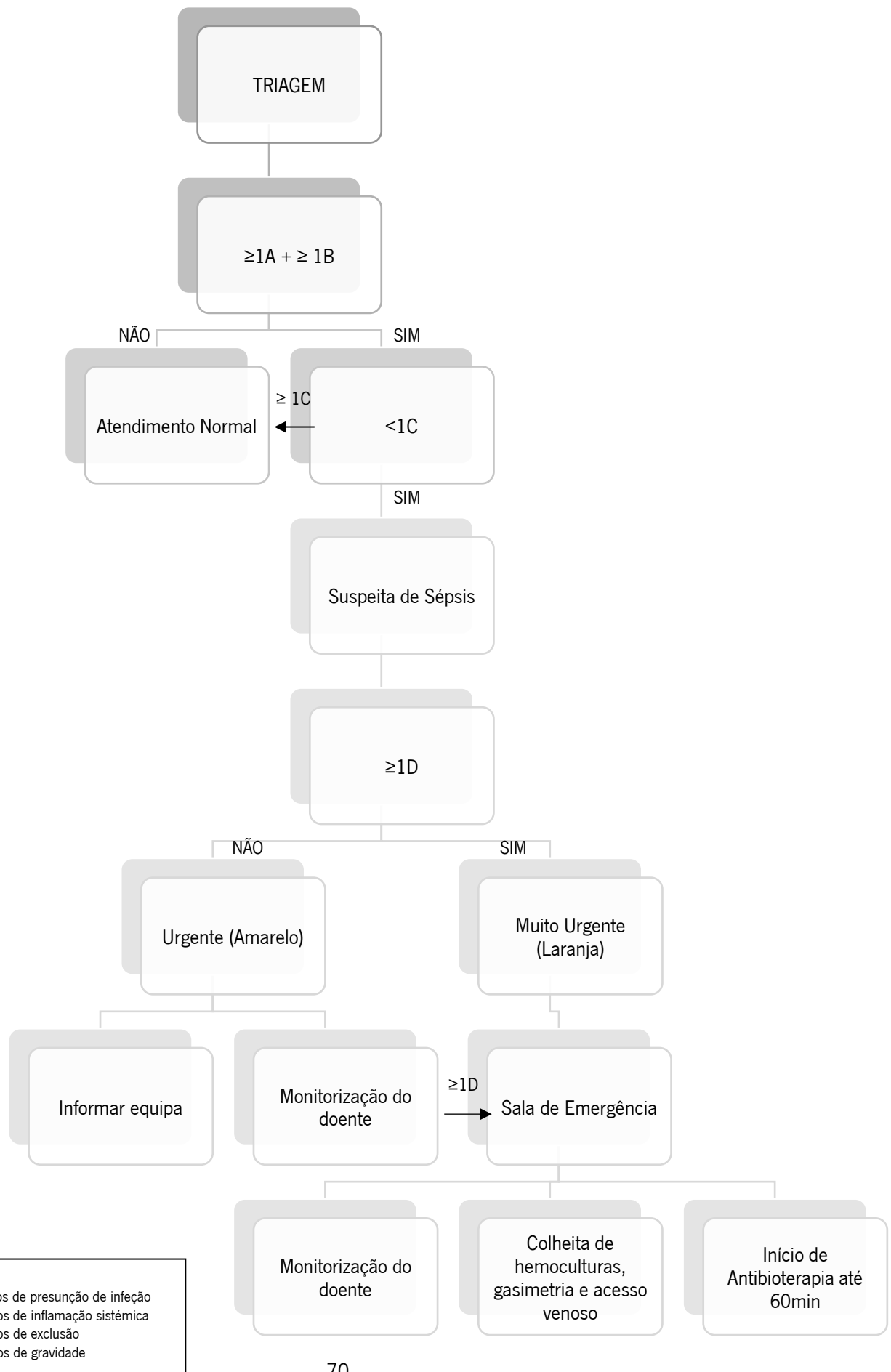


Figura 18 - Fluxograma de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis (elaborada pelo autor)

critérios. Além disso, como a DGS recomenda a intervenção na primeira hora, consta no mesmo formulário o registo da hora de reconhecimento da pessoa com suspeita de sépsis, de modo a avaliar o tempo que decorre até à instituição de terapêutica ou de intervenções de enfermagem. No final do formulário contempla uma grelha de preenchimento da vigilância da pessoa com sépsis, de modo a registar os parâmetros inumerados pela norma da DGS de 2017, que considera na vigilância da pessoa com suspeita de sépsis. Os parâmetros a registar são: temperatura timpânica; frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, estado de consciência e tempo de preenchimento capilar. Para além disso, como medida de primeira hora a instituir é a administração de antibioterapia, em que quando o enfermeiro do SU a administrar, regista o horário efetivo da administração da terapêutica, diferente da hora de preparação administração. Contempla no final espaço para descrever exames realizados ou outras observações que sejam pertinentes incluir, a ser preenchida pelo enfermeiro que acompanhado a pessoa com suspeita de sépsis no SU (figura 2).

FORMULARIO DE ATIVACAO DO PROTOCOLO DE ATUACAO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SEPSIS

Etiqueta de Identificação Doente	
<i>Hora de ativação do Protocolo de atuação na pessoa com suspeita de sépsis:</i> _____ : _____	
<i>Assinatura do Enfermeiro/N.Mec:</i>	
Assinale com um X os critérios que estão presentes:	
Critérios de presunção de Infecção	
Alteração da temperatura + cefaleias;	
Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência;	
Alteração da temperatura + Dispneia;	
Alteração da temperatura + Tosse	
Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia)	
Alteração da temperatura + icterícia	
Alteração da temperatura + disúria ou polaquúria	
Alteração da temperatura + dor lombar	
Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos	
Critério clínico do responsável	
Critérios de inflamação sistémica	
Confusão e/ou alteração do estado de consciência	
Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado	
Frequência respiratória >22rpm	

Vigilância da pessoa com suspeita de sépsis						
Hora	Temperatura timpânica	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Tensão Arterial	Estado de Consciência (Escala de Glasgow)	Tempo de Preenchimento Capilar (seg)

FORMULARIO DE ATIVACAO DO PROTOCOLO DE ATUACAO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SEPSIS

Hora de Colheita de Hemoculturas: _____ : _____	Hora de Início de Antibioterapia: _____ : _____
Exames Realizados	
Observações	

Figura 2 – Formulário de ativação do protocolo de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis (elaborada pelo autor)

Em algumas situações, como doença vascular cerebral aguda ou estado de mal asmático, são excluídas da ativação do protocolo, por constituírem os critérios de exclusão da ativação da Via Verde Sépsis, definidos pela DGS (2017). Deste modo, a pessoa segue o percurso normal de circulação no SU. Por outro lado, poderão ser presenciados casos de gravidade, em que se incluem: hipotensão arterial (PAS<90mmHg); hiperlactacidémia >2mmol/l e hipoxemia (PaO2<60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmH. A presença de um destes critérios, a pessoa é encaminhada para a sala de emergência com a classificação segundo a Triagem de Manchester de prioridade Muito Urgente (Laranja), para ser submetido a observação médica imediata. A definição dos critérios de presunção de infeção, critérios de inflamação sistémica, critérios de exclusão e critérios de gravidade referente à pessoa com suspeita de sépsis, são todos eles definidos pela norma 010/2016 da DGS, revista em 2017, que se apresentam no quadro 7.

Crítérios de presunção de Infeção	Crítérios de inflamação sistémica	Crítérios de Exclusão	Crítérios de Gravidade
Alteração da temperatura + cefaleias; Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência; Alteração da temperatura + Dispneia; Alteração da temperatura + Tosse Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia) Alteração da temperatura + icterícia Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria Alteração da temperatura + dor lombar Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos Critério clínico do responsável	Confusão e/ou alteração do estado de consciência Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado Frequência respiratória >22cpm	Doença cerebrovascular aguda Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e/ou terapêutica Estado de mal asmático Gravidez Hemorragia digestiva alta ICC descompensada/ Síndrome coronário agudo Politrauma/ grandes queimados	Hipotensão arterial (PAS<90mmHg) Hiperlactacidémia >2mmol/l Hipoxemia (PaO2<60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmH

Quadro 7 - Critérios de caso suspeito da Via Verde Sépsis da DGS (Norma 010/2016, revista em 2017)

A colheita de hemoculturas é também recomendada após a ativação do caso suspeito de sépsis, técnica para a qual o hospital já detinha de uma orientação prévia, que foi incluída também no protocolo, uma vez que se encontrava o procedimento atualizado e já era de conhecimento dos enfermeiros do SU.

Como já referido em capítulos anteriores, a formação dos enfermeiros e a implementação de um protocolo ou via verde reduz a mortalidade do doente com sépsis, melhorando ainda o prognóstico a longo prazo, pela intervenção precoce nos cuidados e intervenções desde a primeira hora de reconhecimento do doente com suspeita de sépsis.

A implementação de diretrizes ou protocolos, assim como a divulgação do conhecimento permite melhorar a saúde, fornecer serviços de saúde mais eficazes e fortalecer ainda o sistema de saúde. Para a implementação de diretrizes Reich et al. (2018) recomendam a existência de flexibilidade e disposição para mudar a prática; percepção dos profissionais sobre a utilidade da diretriz; apoio dos administradores e líderes; existência de recursos adequados; distribuição de tempo e carga de trabalho adequado; cooperação entre os diferentes profissionais; treino e educação dos profissionais para a utilização das diretrizes ou normas. Os mesmos autores reforçam ainda que para existir mudança e adesão a um programa, protocolo ou diretriz é necessário desenvolver as seguintes fases de ação: i) identificação do problema; ii) identificar, rever e selecionar o conhecimento ou pesquisa relevante para o problema; iii) adaptar o conhecimento ou pesquisa ao contexto local; iv) avaliar as barreiras ao uso do conhecimento; v) selecionar, adaptar e implementar as intervenções para implementar a mudança; vi) monitorizar o uso do conhecimento; vii) avaliar os resultados; e viii) sustentar o uso contínuo do conhecimento.

De acordo com um estudo desenvolvido no Canadá sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca da sépsis, revelou que os enfermeiros apresentavam défices de conhecimento sobre a mesma, demonstrando apenas uma pontuação média de 51,8% nas questões sobre as definições de sépsis, conhecimento geral e tratamento da sépsis, em que apenas um terço dos questionados reconheciam as características das pessoas com risco de sépsis (Storozuk et al., 2019).

Para além do desenho do protocolo a instituir é necessária a formação dos profissionais, para a sensibilização, tendo em vista a adoção do protocolo no seu contexto de trabalho, pelo que na sessão formativa pretendeu-se esclarecer dúvidas e potenciar as capacidades dos enfermeiros do serviço de urgência, na resposta à pessoa com suspeita de sépsis. Walters (2018) enaltece a importância da formação da equipa de enfermeiros da triagem, urgência e pré-hospitalar sobre a sépsis e a sua progressão, uma ferramenta vital para aumentar a consciencialização sobre esta problemática.

Neste sentido, a implementação do protocolo só poderá ocorrer após a formação dos profissionais de saúde. Inicialmente a formação foi dirigida aos enfermeiros do serviço de urgência, para posteriormente ser divulgada a todos os profissionais de saúde, num segundo momento a agendar com a equipa, para que também estejam sensibilizados e disponíveis para contribuir para uma melhor qualidade nos cuidados prestados à pessoa com suspeita de sépsis. Assim, foi desenvolvida uma ação de formação, por via e-learning, com a duração de 1 hora, orientada pelo plano de sessão desenhado, momento em que ocorreu a apresentação do protocolo e suas

vantagens no sentido de melhoria a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, com suspeita de sépsis.

O plano de sessão (quadro 8) pretende responder aos objetivos previamente definidos do projeto, com vista a implementar a ação de formação de forma organizada e planeada. A sessão decorreu a 06-05-2021, por via e-learning, devido às limitações de realizar a formação em modo presencial, pelas recomendações da DGS devido à pandemia pela COVID-19. Esta ação foi partilhada por via teams, aplicação para a qual os enfermeiros do serviço já têm participado em formações da instituição, sendo o uso da plataforma do seu conhecimento. Assim, foi divulgada a 17 de maio, a realização da ação e convocados todos os enfermeiros para participarem nesta ação. Embora a equipa seja constituída por 92 enfermeiros, apenas participaram 26 enfermeiros, em que alguns estiveram ausentes por se encontrarem de licenças ou férias, ou outros por razões desconhecidas.

PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO			
Projeto:	Implementação de um Protocolo de intervenção de enfermagem à pessoa com suspeita de sépsis		Nº de atividade: 1
Atividade:	Ação Formativa: Atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis		Duração: 1h
Formadores:	Ana Isabel Oliveira		Horário: 14h
Data:	28-05-2021	Local:	Serviço de Urgência do Hospital da Zona Norte de Portugal
População Alvo:	Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital da Zona Norte de Portugal		
Objetivo Geral:	Consciencializar os enfermeiros do serviço de urgência para a implementação de um protocolo de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis		

OBJETIVOS	
Objetivos Específicos da Sessão:	Distinguir os conceitos de sépsis e choque séptico. Apresentar a norma da DGS da Via Verde Sépsis. Apresentar o protocolo de atuação do enfermeiro face à pessoa com suspeita de sépsis. Divulgar o fluxograma sobre a atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO			
Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais/ Equipamentos	Tempo Previsto
Enquadrar a proposta de um protocolo de sépsis	Método Interrogativo e expositivo		5min
Definição de sépsis e choque séptico Evolução das orientações internacionais na atuação em caso de sépsis Via Verde Sépsis da DGS de 2017 Protocolo de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis.	Método Expositivo	Power Point Computador Programa Teams	45min
Síntese e esclarecimento de dúvidas Avaliação da ação de formação	Método Interrogativo e Ativo	Ficha de avaliação da ação	10min

Quadro 8 - Plano de Sessão da Ação Formativa: atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis (elaborado pelo autor)

A ação de formação decorreu com base na projeção e partilha de informação, com recurso ao power point, partilhado por via e-learning, através da plataforma Teams (apêndice IV).

O momento final da ação contava com 10min para o esclarecimento de dúvidas colocadas pelos participantes, apesar de que a ação decorreu num período curto, alongando-se mais 10min do final do horário previsto, devido à colocação de algumas questões pelos participantes. Esta ação pretende-se que seja replicada para alcançar mais profissionais que não conseguiram estar presentes neste primeiro momento.

4.6. Avaliação e Divulgação dos Resultados

A avaliação da implementação do projeto é globalizante, de forma a verificar a realização dos objetivos propostos inicialmente, assim como identificar os fatores que possam dificultar a consecução dos objetivos que não foram atingidos. Esta avaliação pode ser realizada ao longo do desenvolvimento e implementação do projeto, de forma a melhorar constantemente a intervenção na aplicabilidade do mesmo, permitindo redefinir constantemente os objetivos desenhados, e a melhor seleção de estratégias a adotar. Para melhor fiabilidade da avaliação, recorreu-se ao uso de instrumentos de avaliação, como questionários, de forma a mensurar de forma objetiva a consecução ou não dos objetivos propostos (Ruivo et al., 2010).

A avaliação da formação desenvolvida foi realizada com recurso a uma grelha de avaliação (apêndice V), preenchida e devolvida em formato digital, apenas por 19 enfermeiros participantes, em que a classificação era atribuída entre 1 (nada satisfeito) a 5 (altamente satisfeito), por ordem de satisfação com a ação de formação. A atribuição corresponde ao valor 1 “nada satisfeito”, 2 “pouco satisfeito”, 3 “satisfeito”, 4 “muito satisfeito” e 5 à menção de "altamente satisfeito", de acordo com a opinião dos formandos sobre a ação de formação.

No total foram aplicadas um conjunto de 3 questões, relacionadas com a avaliação geral da ação, avaliação do formador e organização da ação. De seguida são apresentados os gráficos referentes aos resultados obtidos dos questionários aplicados.

Quanto à avaliação geral da ação de formação (figura 3), esta é constituída por 10 parâmetros a serem avaliados, entre os quais de destacar a questão número 10 (Após esta formação irei utilizar as competências adquiridas nos processos de ensino e aprendizagem), que se revelou a que apresentou maior variedade de respostas, mas com classificações superiores a 3 (satisfeito). A metodologia utilizada, apesar de e-learning, foi atribuída a classificação de 5 (altamente satisfeito),

representada pela questão 2, em 89% das respostas, tendo em conta a metodologia selecionada de forma a conseguir alcançar o público, em tempos de pandemia. A mesma atribuição foi aplicada à questão 4 (A gestão dos recursos foi adequada) e à questão 7 (Relação entre o formador com o grupo de formandos). A questão 9, que se refere à questão *As competências adquiridas vão ter impacto na minha atividade profissional* foi respondida em 84% com altamente satisfeito, 11% em que os formandos ficaram muito satisfeitos, e 5% satisfeitos. 79% dos formandos consideraram-se altamente satisfeitos com *os trabalhos práticos propostos apresentaram coerência* (questão 3), *com o espaço em que decorreu a ação foi adequado* (questão 5) e com *o equipamento informático foi adequado* (questão 6). A questão 8 a ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação) foi avaliada por altamente satisfeitos por 63%. De uma forma geral a avaliação da ação foi positiva, pela opinião dos formandos, em que 84% dos formandos consideram que *os objetivos propostos foram cumpridos* (questão 1).

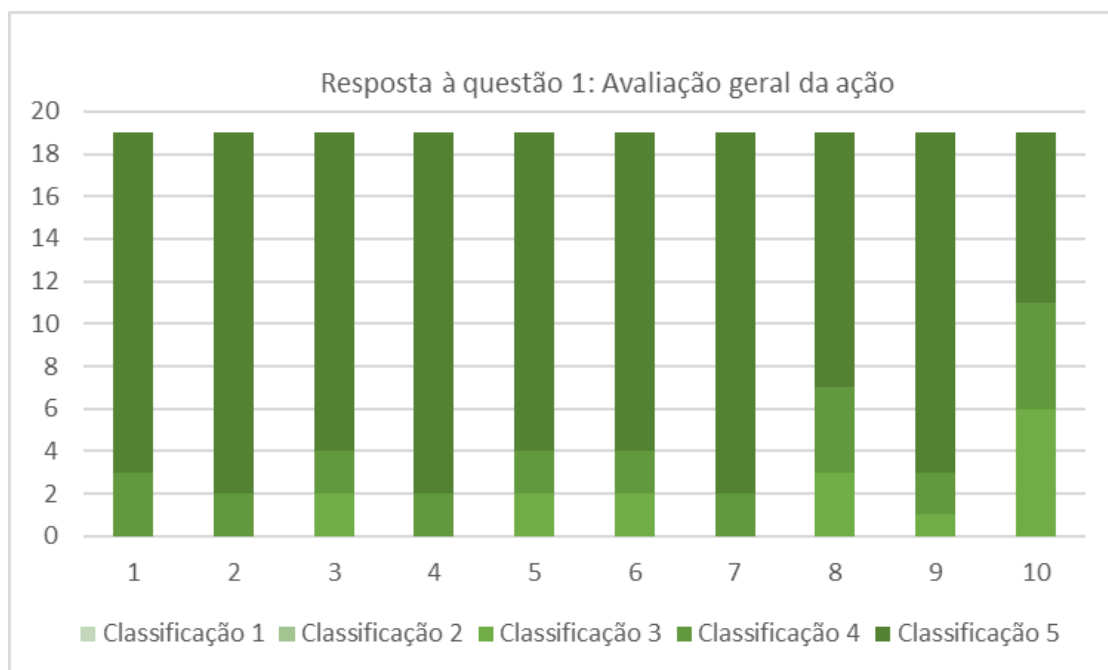


Figura 56 - Resposta à questão 1: Avaliação geral da ação (elaborada pelo autor)

O segundo grupo de questões, sobre a avaliação do formador é subdividida em conhecimentos e conteúdos (questão 2.1.) e exposição dos conteúdos (questão 2.2). 79% dos formandos consideraram-se altamente satisfeitos com a adequação dos conteúdos à ação de formação (questão 1). Quanto à articulação dos diferentes conteúdos temáticos e se o formador domina os conteúdos abordados (questão 4 e 5 respetivamente), os formadores consideraram-se 74% altamente satisfeitos. 53% consideram que houve aprofundamento dos temas (questão 2), o que

revela que o tema deveria ser mais desenvolvido, para esclarecimento de dúvidas, com uma duração superior de tempo previamente definida, para melhor explorar os conceitos (figura 4).

A questão 2.2 (figura 5) refere-se à exposição dos conteúdos, altamente satisfeito foi atribuída à questão 3, com 84% de respostas (houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas), 79%

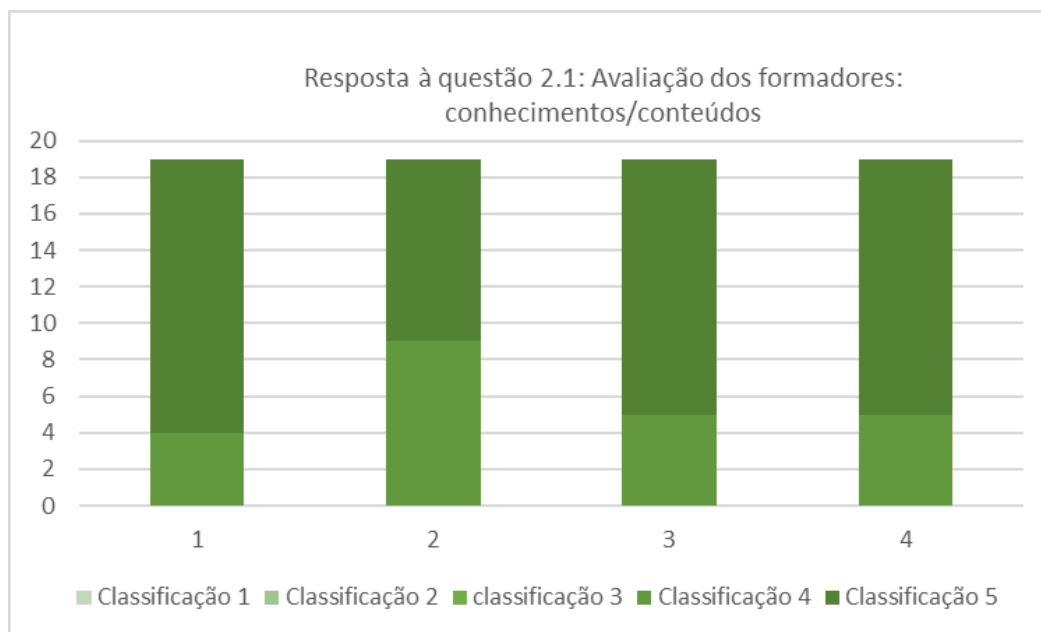


Figura 83 - Resposta à questão 2.1: Avaliação dos formadores: conhecimentos/conteúdos (elaborada pelo autor)

na mesma atribuição sobre a linguagem utilizada foi clara e assertiva (questão 1). A adaptação do discurso aos destinatários foi classificada com 63% dos formandos em altamente satisfeitos (questão 2).

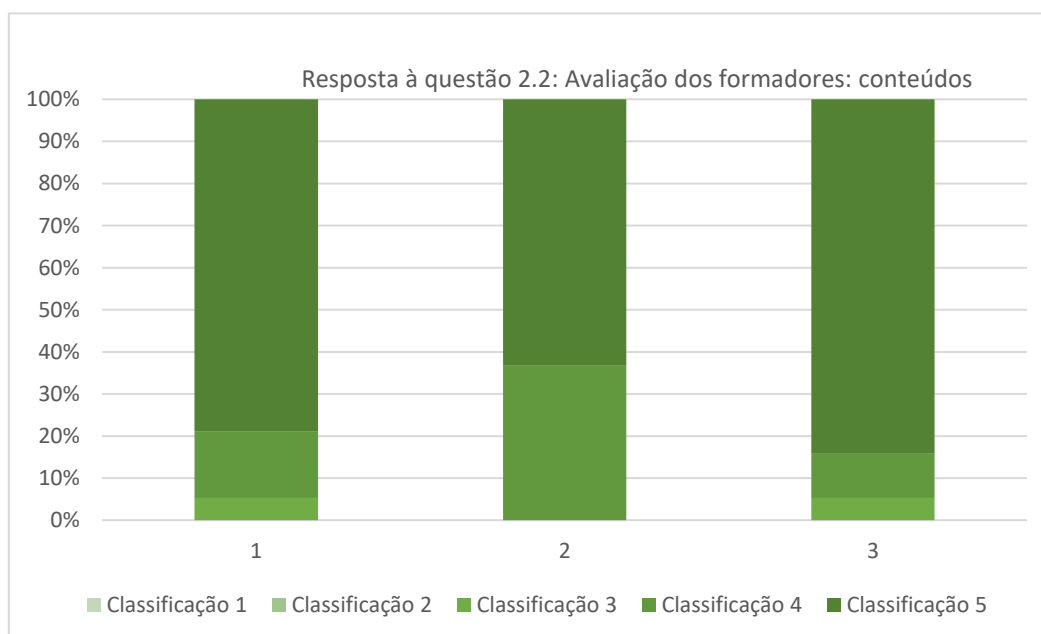


Figura 108 - Resposta à questão 2.2.: Avaliação dos formadores: conhecimentos (elaborada pelo autor)

A figura 6 apresenta as respostas obtidas quanto à organização da ação, dividida em 3 questões. A informação disponibilizada on-line acerca da ação foi suficiente (questão 2) foi considerada pelos formandos altamente satisfeitos em 95%. 74% consideraram altamente satisfeitos com o atendimento aos formandos foi eficiente (questão 1). A avaliação da ação e a documentação disponibilizada sobre a avaliação da ação obteve resposta de altamente satisfeito em 58%, e 42% em muito satisfeito (questão 3). De uma forma geral a organização da ação foi muito satisfatória para os formandos.

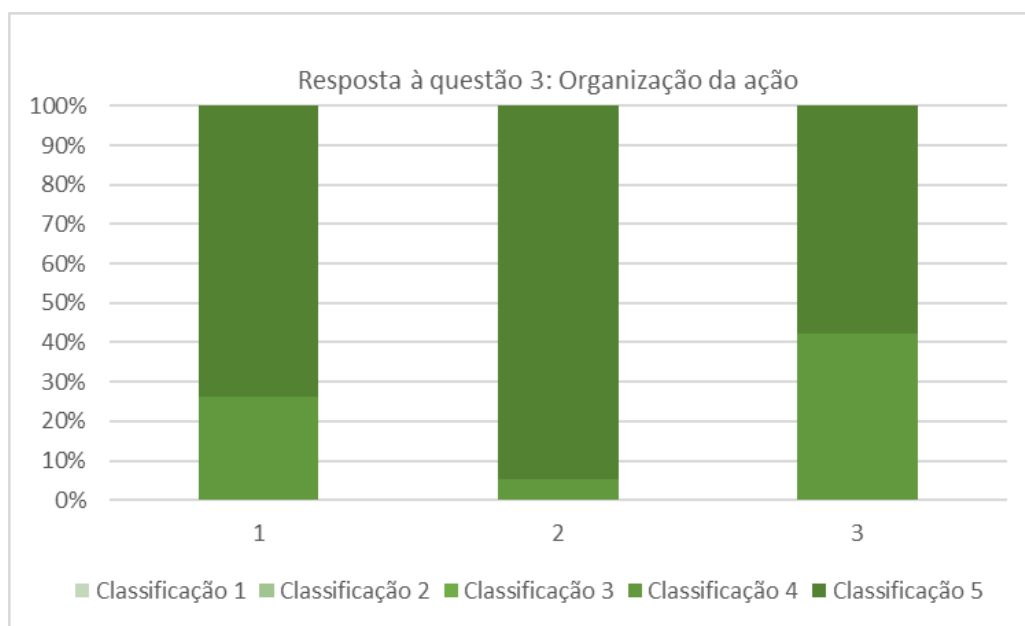


Figura 124 - Resposta à questão 3: Organização da ação (elaborada pelo autor)

Tendo em conta a avaliação geral de todos os parâmetros da ação de formação, verifica-se que os formandos ficaram muito satisfeitos e altamente satisfeitos na maioria dos aspetos referentes à ação. De referir que em nenhum momento foi referido nada satisfeito ou pouco satisfeito.

Assim, após a ação, os participantes demonstraram interesse e partilharam de que pretendiam aplicar o protocolo. Após a leitura do mesmo referiram ser de fácil aplicabilidade, no entanto, após a sua aprovação, este será testado e aplicado por um profissional e avaliadas as dificuldades e limitações, para se necessário ser revisto. Esta avaliação apenas poderá ser realizada após a validação do protocolo pela direção de enfermagem e direção do hospital da zona norte de Portugal.

A avaliação da implementação do protocolo será efetuada pela equipa responsável, após 6 meses o início do período de entrada em vigor do uso do protocolo de atuação em caso suspeito de sépsis, de acordo com os seguintes indicadores:

- i) Taxa de ativação do protocolo na primeira hora de permanência no SU em pessoas com confirmação do diagnóstico de infecção (meta de 75%);
- ii) % de casos suspeitos de sépsis identificados desde a triagem (meta 50%)
- iii) % de pessoas com suspeita de infecção, encaminhado para a sala de emergência com pelo menos um critério de gravidade (meta de 75%)
- iv) Taxa de colheita de hemoculturas na primeira hora em pessoas com suspeita de infecção (meta de 75%)
- v) % de pessoas com suspeita de sépsis que iniciaram antibioterapia nos primeiros 60min (meta de 75%)

Para além disso, pretende-se avaliar a consecução dos objetivos, cujas metas definidas previamente são:

- i) Planear uma ação de formação dirigida aos profissionais de saúde sobre os conceitos, sinais e sintomas de sépsis;
- ii) Elaborar um protocolo com as intervenções de enfermagem perante um caso suspeito de sépsis.

A avaliação do projeto é baseada nas metas previamente definidas, fundamentadas com os critérios de avaliação presentes na grelha de auditoria da implementação da Via Verde Sépsis da DGS, norma 010/2016, revista em 2017.

A ação de formação permitiu à equipa reconhecer a importância da intervenção precoce na pessoa com suspeita de sépsis, despoletando curiosidade, empenho e consciencialização para melhorar as suas práticas, nomeadamente as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa suspeita de sépsis. A formação é fundamental para os enfermeiros que realizam a triagem no SU, aplicando os conhecimentos prévios, normas e orientações, nomeadamente o protocolo de atuação em caso suspeito de sépsis. A evidência científica salienta a importância do conhecimento das normas e orientações, que aumentam a segurança e a qualidade na prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

O regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista define as competências do enfermeiro com competências comuns, para desenvolver e adquirir o papel de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica. Este regulamento foi o pilar para o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem porpostos inicialmente, e as metas a alcançar no final do estágio. Este documento vem relatar as experiências vivenciadas e aprendizagens pessoais e profissionais no decorrer da unidade curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II.

A profissão, ciência e disciplina que é a enfermagem tem se vindo a desenvolver no âmbito da melhor resposta e diferenciação na prestação de cuidados, nomeadamente na formação profissional cada vez mais diferenciada.

O desenvolvimento da aprendizagem em contexto prático decorreu num serviço de urgência de um hospital da região norte do país, maioritariamente no contexto de sala de emergência, o que possibilitou um maior enriquecimento de experiências e de aprendizagens no cuidar à pessoa em situação crítica. O serviço de urgência é dos contextos, aquele em que mais requiere cuidados especializados e, neste sentido, o enfermeiro especialista é o profissional que estará em condições para prestar cuidados de saúde diferenciados, baseando-se na melhor evidência.

A prestação de cuidados de enfermagem é sempre um processo global, fundamentado em várias áreas do saber, mas que quando prestados por um enfermeiro especialista, estes cuidados são ainda mais diferenciados e direcionados para as necessidades da pessoa e da área de intervenção do enfermeiro especialista. Esta experiência de estágio em contexto clínico de urgência permitiu o desenvolvimento de competências específicas, e o aperfeiçoamento das competências comuns já adquiridas. Para além destas foi possível o desenvolvimento de outras competências, como as emocionais, para lidar com a pessoa/família em situações emergentes, colocando-nos à prova a experiência adquirida ao longo do estágio, tendo como objetivo a tomada de decisão no momento, baseada no conhecimento científico. O contexto do serviço de urgência requer dos profissionais uma prontidão para o atendimento a toda a tipologia de doentes e, ainda, uma adaptação de acordo com a afluência de destes e os recursos disponíveis.

O cuidado à pessoa em situação crítica requer o domínio prévio de conhecimentos, a confiança e determinação sobre as decisões e cuidados prestados, e a avaliação dos resultados das intervenções instituídas, sempre em situações que a vida do doente se encontra em perigo.

Assim, com as aprendizagens desenvolvidas, adquiri novas competências, como as específicas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica. De entre as competências específicas do enfermeiro especialista, a mais desenvolvida foi a relacionada com o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, pelas experiências vivenciadas.

No decorrer do mesmo deparei-me com algumas necessidades no serviço, sendo uma delas a inexistência da aplicação da via verde sépsis, pelo que desenvolvi o meu projeto em resposta a essa necessidade identificada, baseada na auscultação, através de entrevista a alguns elementos da equipa e enfermeiro diretor do serviço (apêndice I). É neste desenvolvimento que surge o desenho de um protocolo em caso suspeito de sépsis, para implementar no serviço de urgência, por enfermeiros.

A elaboração do protocolo em caso suspeito de sépsis baseou-se nas orientações da *bundle* internacional emitida pela *Surviving Sepsis Campaign* em 2016 (atualizada em 2018), e pela norma da DGS sobre a Via Verde Sépsis no Adulto, em 2017. De realçar que as recomendações privilegiam a ativação da via verde assim que haja o primeiro contacto da pessoa com o serviço de saúde (seja no serviço de urgência, comunidade ou pré-hospitalar), logo após o reconhecimento da pessoa com suspeita de sépsis. O início precoce de cuidados e intervenções, no âmbito da pessoa com suspeita de sépsis, permite melhorar a resposta e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, reduzindo os riscos, a evolução e até a morbilidade ou comorbilidades causadas pela sépsis.

O desenvolvimento do presente trabalho foi baseado na metodologia de projeto, cuja organização permitiu alcançar os objetivos propostos. Como toda a prática deve ser baseada em evidência científica, a revisão da literatura demonstrou as melhores orientações face às intervenções dirigidas à pessoa com suspeita de sépsis. Esta pesquisa revelou congruência no papel vital do enfermeiro no cuidado à pessoa com sépsis, responsável pelo reconhecimento precoce da pessoa com suspeita de sépsis, a ser iniciado desde o momento de triagem no SU. Este procedimento leva ao início apropriado do tratamento e está associada a melhores resultados, prevenindo a deterioração ou morbilidade da pessoa.

As recomendações emanadas pela norma portuguesa, em concordância com a evidência científica, estabelecem a importância da intervenção na primeira hora, desde a monitorização, instituição de medidas de diagnóstico e o mais precocemente a administração de antibioterapia. Esta norma define todos os critérios, de forma a direcionar objetivamente a identificação mais provável de pessoa com sépsis. Neste sentido, foi com base nestes critérios que foi desenhado

um protocolo para intervenção dos enfermeiros para a rápida notificação da pessoa com suspeita de sépsis, de forma a iniciar a monitorização, colheita de análises e vigilância dos parâmetros vitais da pessoa, de modo a excluir critérios de gravidade, pois caso se verifiquem a pessoa é encaminhada para a sala de emergência. Assim, o papel do enfermeiro contempla desde a ativação do protocolo, vigilância e intervenções à pessoa, de modo a reduzir o risco de agravamento da condição de saúde da pessoa. Este papel é fundamentalmente prestado por um enfermeiro com perícia no cuidar da pessoa em situação crítica. A este propósito releva-se a recomendação da OE, dando-se especial importância à presença de enfermeiros especialistas em enfermagem da pessoa em situação no serviço de urgência, com funções a desempenhar em sala de emergência e momento da triagem.

De forma a colmatar as necessidades identificadas do serviço de urgência, e tendo por base a revisão da literatura, foi construído um protocolo que orienta as intervenções de enfermagem perante um caso suspeito de sépsis. A proposta de protocolo inclui a orientação através de um fluxograma, assim como documentação de registo da vigilância da pessoa durante a permanência no SU. Este protocolo define as prioridades de atuação, tendo em conta os critérios de inclusão e de gravidade da pessoa. Esta proposta de protocolo, desenvolvida e apresentada no contexto de estágio, aguarda neste momento a aprovação para ser implementada, e assim será possível avaliar a sua eficácia e os resultados da sua aplicação, o que não foi possível devido ao curto período em que decorreu o estágio. A bibliografia preconiza uma rápida identificação e reconhecimento da pessoa com suspeita de sépsis e salienta a necessidade de formação dos enfermeiros e capacitação para a implementação de normas ou protocolos. Neste sentido torna-se fundamental a formação contínua neste domínio.

Na conclusão deste relatório revela-se algumas limitações referentes ao desenvolvimento do presente trabalho. A primeira prende-se com a estratégia de intervenção no serviço, que não correspondeu às expectativas iniciais. Face ao período de pandemia por COVID 19 a sessão formativa para apresentação do protocolo ocorreu em formato online. Esta não decorreu com o número de participantes esperados, cuja explicação para a baixa adesão se deva ao horário em que ocorreu a sessão (coincidente com o horário da refeição). Poucos profissionais participaram atempadamente, pelo que sugiro que nas próximas ações formativas sejam realizadas num outro horário.

O desafio de uniformizar intervenções e partilhar o conhecimento com os colegas enfermeiros foi sem dúvida um dos momentos mais reconfortantes de todo o processo desenvolvido do projeto.

No entanto, na avaliação da ação formativa não se considerou a avaliação dos conhecimentos adquiridos após a formação, pelo que se sugere nas próximas formações sejam repensadas estratégias para a tal concretização, por exemplo, realizar uma simulação de um caso suspeito de sépsis, para discussão de todo o percurso da pessoa em situação crítica, permitindo a discussão do modo de implementação do protocolo, com vista ao esclarecimento de dúvidas existentes.

Outro aspeto a referir, é que o estágio coincidiu com o período de pandemia, o que implicou a realização de mais turnos e uma maior sobrecarga de trabalho no campo profissional, revelando-se ainda maior o desafio da consecução atempada deste relatório. No entanto, se por um lado, o facto de lidar com a pessoa em situação crítica, devido ao vírus pela COVID-19, era uma dificuldade inicial, por outro, despoletou aprendizagens no âmbito nos cuidados de ventilação e cuidados à via aérea que não ocorreria caso não estivessemos a viver esta pandemia. O desempenho de funções num contexto onde as situações são súbitas e inesperadas, o profissional de enfermagem vê-se confrontado com a necessidade de intervenção no imediato, com postura pro-ativa e capacidade de tomada de decisão baseada em conhecimento científico, gerindo emoções desencadeadas pelas vivências com o perigo ou mesmo o fim de vida da pessoa em situação crítica.

Assim, perante todos os desafios decorridos desde o início da formação até ao final do último estágio, senti um enriquecimento significativo ao nível do conhecimento e do desenvolvimento das competências, assim como um aumento da confiança em lidar com novos desafios na área da enfermagem.

A reflexão crítica sobre as competências específicas requer uma observação do exterior perante o nosso desempenho, o que implica uma auto-crítica e identificação das nossas limitações, assim como o reconhecimento do crescimento do ser enfermeiro especialista. A revisão da literatura sobre a pessoa com sépsis revelou-se fundamental em todo o trabalho, tendo por base as orientações da DGS (2017), permitindo-nos a sustentação das intervenções de enfermagem que se pretendiam identificar. A realização e materialização em formato de protocolo de todas as intervenções em sintonia com a evidência científica revelou a consecução do último objetivo proposto inicialmente. Em suma, para que seja possível a sublimidade da prestação de cuidados, neste caso específico à pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis, é necessário que a investigação e a formação contínua sejam uma realidade dos contextos de urgência e em sintonia

permitam aos profissionais fazerem o caminho para o alcance dos padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº361/2015).

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências: RT 11/2015. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Baghdadi, J.; Brook, R.; Uslan, D.; Needleman, J.; Bell, D.; Cunningham, W. & Wong, M. (2020). Association of a Care Bundle for Early Sepsis Management With Mortality Among Patients With Hospital-Onset or Community-Onset Sepsis. *American Medical Association*, 707-716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250412/>
- Barnden, J.; Diamond, V.; Heaton, P. & Paul, S. (2016) Recognition and nursing management of sepsis in early infancy. *Nursing Children and Young People*, 28 (10), 36-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27927119/>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Comemorativa (2)*. Traduzido por Queirós, A. & Lourenço, B. Quarteto.
- Campos, L. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. *Direção Geral da Saúde*. http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf
- Cardoso, T.; Carneiro, A.; Ribeiro, O.; Pinto, A. & Pereira, A. (2010). Reducing mortality in severe sepsis with the implementation of a core 6-hour bundle: results from the Portuguese community-acquired sepsis study (SACiUCI study). *Critical Care*, 14, 1-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911711/>
- Carneiro, A; Andrade, J, & Póvoa, P. (2016). Novidades na Sepsis com Implicações na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 44-52. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_44_52.pdf
- Conselho de Ética da Universidade do Minho (2020). *Código de Conduta Ética da Universidade do Minho*. CEUMinho.
- Costa, A., & Jesus, N. (2010). Inteligência Emocional e Assertividade no Enfermeiros. *Nursing*. 297 (1), 21-24.
- Declaração de retificação n.º 1032-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II série, n.º 230. <https://dre.pt/application/file/71092037>
- Decreto-Lei n.º2/2019 (2019). Diário da República: I série, n.º 8. <https://dre.pt/application/conteudo/117726476>
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. (2017). *Descritores em Ciências da Saúde*. BIREME/OPAS/OMS. Disponível em <https://decs.bvsalud.org/>
- Despacho n.º 1057/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II série, n.º 22. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Despacho_1057_0215_EnfermeirosMeiosComplementaresDiagnostico.pdf
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153. <https://dre.pt/home/-/dre/55606457/details/maximized>.

- Direção-Geral da Saúde (2010a). Orientação 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010b). Circular Normativa 01/DQS/DQCO: Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). <https://nocs.pt/via-verde-sepsis/>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 1-39. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma 002/2015: Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%CC%A7a%CC%83o-DGS-Circular-Normativa-15-2015-Triagem-Referenciac%CC%A7a%CC%83o-Interna-no-SU.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma 010/2016, revista em 2017: Via Verde Sepsis no Adulto. <https://nocs.pt/via-verde-sepsis-do-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2018a). Norma 002/2018. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018b). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Consultado em <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programaprioritario.aspx>
- Evers, L.; Raaijmakers, V.; Buunk, G.; Brouns, S.; Romano, L.; Herpt, T.; Gharbharan, A.; Dieleman, J. & Haak, H. (2021). Comparison of SIRS criteria and qSOFA score for identifying culture-positive sepsis in the emergency department: a prospective cross-sectional multicentre study. *BMJ Open*, 11, 1-8. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/6/e041024.full.pdf>
- Ferreira, L.; Oliveira, J. & Olivo, V. (2020). Habilidades dos enfermeiros no uso terapêutico do alteplase em unidade de pronto atendimento. *Revista Nursing*, 23 (269), 4751-4752. <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/974/1116>
- Ferreira, R; Luzio, F. & Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Referência*, 12, 29-37. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2171&id_revista=4&id_edicao=32
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

- Harley, A.; Johnston, A.; Denny, K.; Keijzers, G.; Crilly, J. & Massey, D. (2019). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *Elsevier*, 43, 106-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X19300096?via%3DiHub>
- Hospital da Zona Norte (2016). 0787_Doc_GLC. E1.R1 – Regulamento do Serviço de Urgência.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, Versão 2.0; 1ª Ed.
- Kabil, G; Hatcher, D.; Alexandrou, E. & McNally, S. (2021). Emergency nurses' experiences of the implementation of early goal directed fluid resuscitation therapy in the management of sepsis: a qualitative study. *Elsevier*, 24, 67-72. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X20300609>
- Lei n.º25/2012 (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República*: I Série, n.º 136. https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116042189/201908150714/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Lei n.º156/2015 da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*: I série, n.º 181. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º27/2006 da Assembleia da República (2006). Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil. *Diário da República*: I Série, n.º 126. <https://dre.pt/application/conteudo/537862>
- Levy, M.; Evans, L. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44, 925-928. https://journals.lww.com/ccmjurnal/Fulltext/2018/06000/The_Surviving_Sepsis_Campaign_Bundle__2018_Update.21.aspx
- Mendes, J.; Mergulhão, P.; Froes, F.; Paiva, J. & Gouveia, J. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sépsis para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32 (1), 2-10. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/yqFV4gtrJ7HT69JrYNx7jyw/?format=pdf&lang=pt>
- Ministério da Saúde (s.d.). Carta dos Direitos do Doente Internado. <https://nocs.pt/carta-dos-direitos-do-doente-internado/>
- Moore, W.; Vermuelen, A.; Taylor, R.; Kihara, D.; & Wahome, E. (2019). Improving 3-Hour Sepsis Bundled Care Outcomes: Implementation Of A Nurse-Driven Sepsis Protocol In The Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing*, 45, 690-698. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31235077/>
- Mota, M.; Cunha, M.; Santos, M.; Duarte, J.; Rocha, A.; Rodrigues, A.; Gonçalves, C.; Ribeiro, R.; Sobreira, S & Pereira, S. (2020). Gestão Da Dor Na Prática De Enfermagem No Serviço De Urgência. *Millenium*, 2ª ed., 269-279.

- <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33675/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-08.pdf>
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer N.º 10 / 2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Parecer N.º 15 / 2018: funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Parecer N.º 14 / 2018: alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência*, 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Rahmana, N.; Chana, C.; Zakariac, M. & Jaafar, M. (2019). Knowledge and attitude towards identification of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and sepsis among emergency personnel in tertiary teaching hospital. *Elsevier*, 22, 13-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30998867/>
- Regulamento n.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º728/2021 da Ordem dos Enfermeiros (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República: II série, n.º 151. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23526/regulamento_7282021.pdf
- Regulamento n.º361/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República: II série, n.º 123. <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>
- Regulamento n.º429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: II Série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º76/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República: II série, n.º 21. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>

- Reich, E; Then, K.; & Rankin, J. (2018). Barriers to clinical practice guideline implementation for septic patients in the emergency department. *Journal Of Emergency Nursing*, 44, 552-562. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779625/>
- Rhodes, A.; Evans, L.; Alhazzani, W.; Levy, M.; Antonelli, M.; Ferrer, R.; Kumar, A.; Sevransky, J.; Sprung, C.; Nunnally, M.; Rochweg, B.; Rubenfeld, G.; Angus, D.; Annane, D.; Beale, R.; Bellingham, G.; Bernard, G.; Chiche, J.; Coopersmith, C. ... Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43, 304-377. https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign__International.15.aspx
- Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Santos, C.; & Nunes, C. (2019). Sepsis 3: novas definições, aplicabilidade, vantagens e desvantagens. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 1 (1), 193-200. <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1588>
- Santos, M. & Galvão, M. (2014). A Elaboração da pergunta adequada de pesquisa. *Residência Pediátrica*, 4 (2), 53-56.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sousa, L.; Marques-Vieira, C.; Severino, S. & Antunes, A. (2017). A Metodologia De Revisão Integrativa Da Literatura Em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 17-26.
- Storozuk, S.; MacLeod, M.; Freeman, S. & Banner, D. (2019). A Survey Of Sepsis Knowledge Among Canadian Emergency Department Registered Nurses. *Elsevier*, 22, 119-125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31042531/>
- Sungkar, Y.; Considine, J. & Hutchinson, A. (2018). Implementation of guidelines for sepsis management in emergency departments: A systematic review. *Elsevier*, 21, 111-120. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2588994X18300526>
- Viana, R.; Machado, F. & Souza, J. (2020). Sépsis: um problema de saúde pública a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. *COREN-SP* (3rd ed.). <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sépsis-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed). Edições Sílabo.
- Walters, E. (2018). Raising Awareness For Sepsis, Sepsis Screening, Early Recognition, And Treatment In The Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing*, 44, 224-227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126558/>

APÊNDICES

Apêndice I – Excertos significativos da Entrevista realizada ao Enfermeiro Diretor do Serviço de Urgência

Questões e Respostas obtidas através da entrevista ao Enfermeiro Diretor do Serviço de Urgência, do Hospital da Zona Norte

1. Quais as dificuldades referenciadas pelos enfermeiros, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?
<i>“Falta de treino e/ou formação”; “poucas oportunidades de desempenhar funções na sala de emergência”; “desconhecimento de todos os protocolos de atuação”; “acumulação de funções entre prestação de cuidados do doente urgente e doente na sala de emergência”</i>
2. Que lacunas existem no âmbito do atendimento à pessoa em situação crítica?
<i>“falta de protocolos ou vias verdes na área de trauma e sépsis”</i>
3. A equipa de enfermagem adere ao registo diário no clínico? Que limitações existem no registo informático?
<i>“Falta de tempo”; “Falta de rigor no registo”; “Dificuldade no registo em tempo útil”; “Realização de registos mais tardios com perda de informação”; “Falta de adesão aos registos em doentes não internados no SU”</i>
4. Que aspetos considera necessários melhorar/desenvolver no que respeita à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?
<i>“...seria importante que houvesse mais rigor nos registos de enfermagem”; “formação de profissionais sobre as áreas do doente crítico e situações de emergência”; “melhor organização na prestação de cuidados – revisão das normas instituídas”</i>

Apêndice II – Cronograma do Desenvolvimento do Relatório de Estágio

Fase do Projeto de Intervenção	Atividades	2021						
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Estágio	Serviço de Urgência							
Diagnóstico da Situação	Identificação do Problema/Necessidade do Serviço de Urgência							
	Elaboração do Quadro de Referência							
	Análise swot							
Definição de Objetivos	Construção do Cronograma							
	Pesquisa Bibliográfica							
	Revisão da literatura							
Planeamento	Definição de atividades							
	Definição de estratégias							
	Definição dos meios e recursos							
Execução	Desenho do protocolo sépsis							
	Desenvolvimento da ação de formação							
	Divulgação pelo serviço do protocolo							
Avaliação e Divulgação dos Resultados	Avaliação da adesão ao protocolo							
	Avaliação dos resultados da ação de formação							

Quadro 9 - Cronograma do Desenvolvimento do Relatório de Estágio (elaborado pelo autor)

Apêndice III – Protocolo de Atuação em Caso Suspeito de Sepsis

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS	Data Elaboração: 01.06.21 Edição: 01 Revisão: 00 Código: PROT.01.06.SU
--	---

1. Objetivo:

No cumprimento das orientações emanadas pela DGS (Direção Geral de Saúde) na norma número 010/2016, atualizada a 16/05/2017 sobre a Via Verde Sépsis no Adulto, pretende-se:

- Reconhecer a pessoa com sépsis na primeira hora de chegada ao SU;
- Definir o encaminhamento da pessoa com suspeita de sépsis;
- Definir o procedimento uniformizado de atuação perante a pessoa com suspeita de sépsis;
- Melhorar a qualidade e segurança dos doentes com sépsis.

2. Destinatários:

Profissionais de saúde que desempenham funções no serviço de urgência do hospital da região norte de Portugal.

3. Responsáveis:

A direção do Serviço de Urgência pela aprovação e divulgação;

Os profissionais de enfermagem pelo seu cumprimento;

Os restantes profissionais de saúde pela cooperação e colaboração na sua implementação.

4. Definições:

Sépsis – Disfunção orgânica potencialmente fatal, que surge como resposta a uma desregulada do hospedeiro a uma infeção;

Choque séptico – anormalidade circulatória e celular ou metabólica secundária à sépsis, com aumento significativo da mortalidade. Presença de hipotensão com necessidade de vasopressores.

5. Orientações Gerais:

A implementação do protocolo é aplicada no momento da triagem, quando identificados os critérios de ativação. Caso não seja aplicado no momento da triagem, pode ser implementado a qualquer momento que seja detetada a existência dos critérios, durante a permanência da pessoa no SU.

O protocolo é ativado, de acordo com a orientação de ativação da Via Verde Sépsis da DGS (2017), perante a presença de um critério de presunção de infeção, e de pelo menos um critério associado à inflamação sistémica, sendo que a alteração da temperatura corresponde à temperatura auricular $<35^{\circ}\text{C}$ ou $>38^{\circ}\text{C}$ medida ou referida (Anexo I e Anexo II).

“São critérios de presunção de infeção:

- Alteração da temperatura + cefaleias;*
- Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência;*
- Alteração da temperatura + Dispneia;*
- Alteração da temperatura + Tosse*

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS	Data Elaboração: 01.06.21 Edição: 01 Revisão: 00 Código: PROT.01.06.SU
--	---

- e. Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia)*
- f. Alteração da temperatura + icterícia*
- g. Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria*
- h. Alteração da temperatura + dor lombar*
- i. Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos*
- j. Critério clínico do responsável*

São critérios de inflamação sistêmica:

- a. Confusão e/ou alteração do estado de consciência*
- b. Frequência cardíaca superior a 90 bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado*
- c. Frequência respiratória > 22cpm"*

DGS (2017, p.2)

No momento da triagem, se identificados os critérios de ativação do protocolo, na queixa é registado pelo enfermeiro da triagem "Suspeita de Sepsis", caso não se apliquem os critérios de exclusão.

São critérios de exclusão de ativação do protocolo, mesmo o doente apresentando os critérios de inclusão, os seguintes (DGS, 2017, p. 2):

- a. "Doença cerebrovascular aguda*
- b. Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e/ou terapêutica*
- c. Estado de mal asmático*
- d. Gravidez*
- e. Hemorragia digestiva alta*
- f. ICC descompensada/ Síndrome coronário agudo*
- g. Politrauma/ grandes queimados"*

De acordo com os critérios de gravidade definidos pela DGS (2017), a pessoa que apresente um desses critérios é encaminhado para a sala de emergência, atribuindo a classificação segundo a Triagem de Manchester de prioridade Muito Urgente (Laranja), para ser submetido a observação médica imediata. Segundo a DGS (2017) o caso suspeito de sépsis, sem critérios de exclusão, e com um critério de gravidade, designa-se de caso confirmado de sépsis.

A DGS (2017, p.2) define como critérios de gravidade:

- a. "Hipotensão arterial (PAS<90mmHg)*
- b. Hiperlactacidémia >2mmol/l*
- c. Hipoxemia (PaO₂<60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmH"*

O enfermeiro da triagem informa a equipa de enfermagem da área a que o doente se destina após a triagem, através do preenchimento do impresso (Anexo III), que acompanha o doente, para que o enfermeiro que recebe o doente inicie o mais precocemente as suas intervenções dirigidas à pessoa com suspeita de sépsis.

Na receção da pessoa com suspeita de sépsis, o enfermeiro é responsável por monitorizar os parâmetros vitais do doente, efetuar colheita de sangue para hemoculturas (2 amostras de

**PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO
DE SÉPSIS**

Data Elaboração: 01.06.21

Edição: 01

Revisão: 00

Código: PROT.01.06.SU

locais diferentes – Anexo IV), colocar acesso venoso periférico e preencher o documento que acompanha a pessoa. Segundo a DGS (2017, p.13) perante um caso suspeito de sépsis, na primeira hora, deve-se proceder à “*avaliação obrigatória da frequência cardíaca, frequência respiratória, estado de consciência e tempo de preenchimento capilar (critérios de inflamação sistêmica)*” e “*Devem ser colhidos exames microbiológicos antes da administração de antibióticos, que incluem hemoculturas*” e administrar fluidoterapia nos primeiros 15 minutos, mantendo reavaliações frequentes das monitorizações.

6. Referências:

Direção Geral de Saúde (2017). Norma 010/2016, revista em 2017. *Via Verde Sépsis no Adulto*. Consultado em <https://nocs.pt/via-verde-sepsis-do-adulto/>

7. Anexos:

Anexo I - Fluxograma de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis

Anexo II – Critérios a considerar no fluxograma

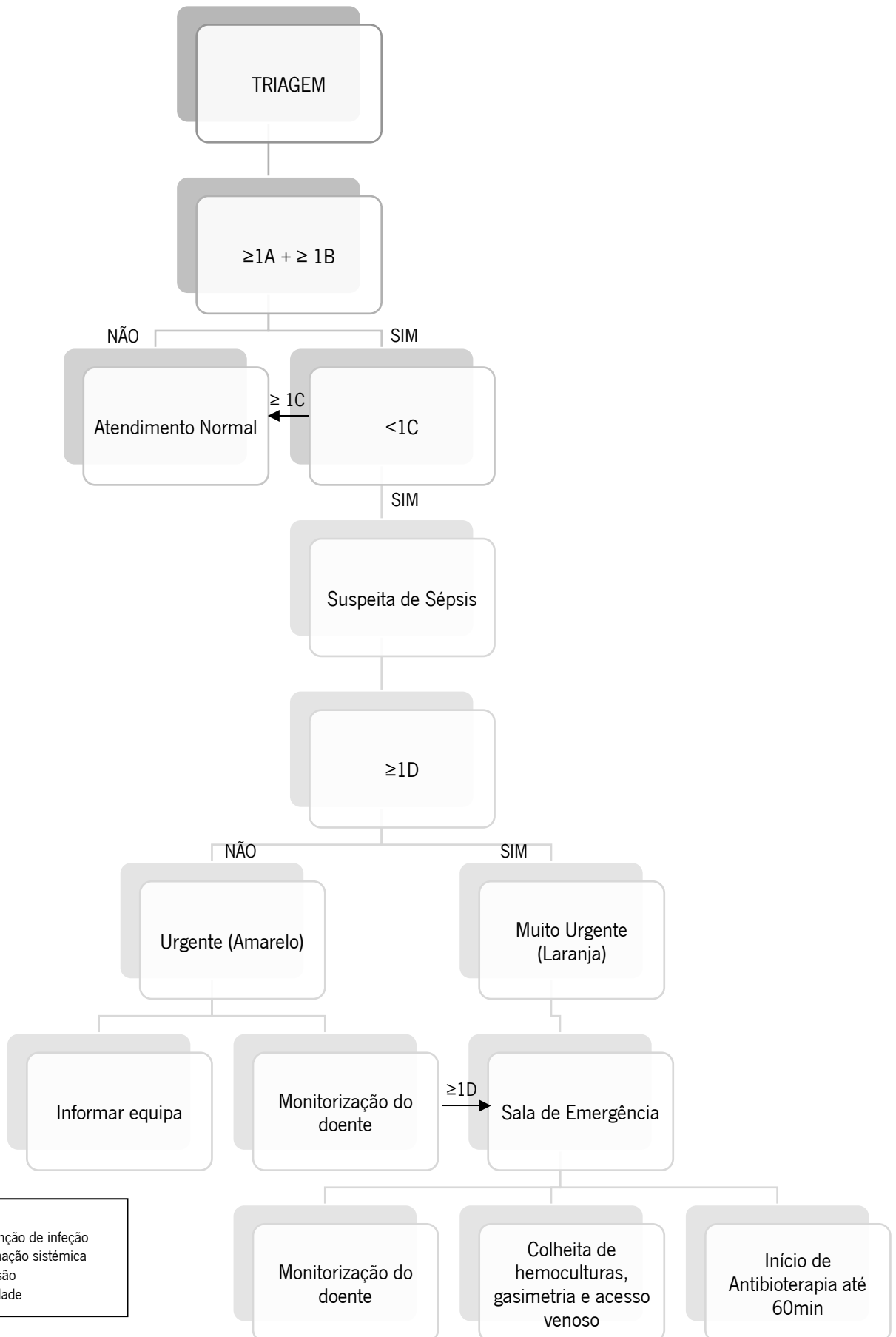
Anexo III – Folha de ativação do protocolo de atuação do enfermeiro em caso suspeito de sépsis

Anexo IV - Procedimento de colheita de hemoculturas periféricas

Elaborado por:	Aprovado por:		Data Revisão
Serviço: Serviço de Urgência	Data:	Presidente do Conselho de Administração	01.06.22
Nome Ana Isabel Oliveira		Nome	

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

Serviço de Urgência



**CRITÉRIOS SOBRE O PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO
DE SÉPSIS**

Serviço de
Urgência

A	B	C	D
Critérios de presunção de Infecção *	Critérios de inflamação sistêmica	Critérios de Exclusão	Critérios de Gravidade
Alteração da temperatura + cefaleias; Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência; Alteração da temperatura + Dispneia; Alteração da temperatura + Tosse Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia) Alteração da temperatura + icterícia Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria Alteração da temperatura + dor lombar Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos Critério clínico do responsável	Confusão e/ou alteração do estado de consciência Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado Frequência respiratória >22cpm	Doença cerebrovascular aguda Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e/ou terapêutica Estado de mal asmático Gravidez Hemorragia digestiva alta ICC descompensada/ Síndrome coronário agudo Politrauma/grandes queimados	Hipotensão arterial (PAS<90mmHg) Hiperlactacidemia >2mmol/l Hipoxemia (PaO2<60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmH

*Alteração da temperatura é definida como temperatura auricular <35°C ou >38°C medida ou referida.

FORMULÁRIO DE ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

Etiqueta de Identificação Doente	
----------------------------------	--

Hora de ativação do Protocolo de atuação na pessoa com suspeita de sépsis: _____ : _____ .

Assinatura do Enfermeiro/Nº Mec:

Assinale com um **X** os critérios que estão presentes:

Critérios de presunção de Infecção	
Alteração da temperatura + cefaleias;	
Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência;	
Alteração da temperatura + dispneia;	
Alteração da temperatura + tosse	
Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia)	
Alteração da temperatura + icterícia	
Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria	
Alteração da temperatura + dor lombar	
Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos	
Critério clínico do responsável	
Critérios de inflamação sistémica	
Confusão e/ou alteração do estado de consciência	
Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado	
Frequência respiratória >22cpm	

Vigilância da pessoa com suspeita de sépsis						
Hora	Temperatura timpânica	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Tensão Arterial	Estado de Consciência (Escala de Glasgow)	Tempo de Preenchimento Capilar (seg)

FORMULÁRIO DE ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO
SUSPEITO DE SÉPSIS

Hora de Colheita de Hemoculturas: ____ : ____ .	Hora de Início de Antibioterapia: ____ : ____ .
---	---

Exames Realizados
Observações

FORMULÁRIO DE ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO
SUSPEITO DE SÉPSIS

Hospital Norte de Portugal	PROCEDIMENTO	Código: [REDACTED] Data Elaboração: [REDACTED] Edição: 02 Revisão: 01
COLHEITA DE HEMOCULTURAS PERIFÉRICAS		
ÂMBITO: Serviços Clínicos		

1. OBJETIVO:

- Uniformizar procedimentos relativos a colheitas de hemoculturas;
- Minimizar o risco de infeção ao doente durante a colheita de hemoculturas.

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros

3. RESPONSÁVEL:

Enfermeiros Gestores / Responsáveis

4. DEFINIÇÕES:

EPI – Equipamento de Proteção Individual

Executar – Executar é um tipo de Ação de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica

GCL - PCIRA – Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

HSOG – Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães

IE – Intervenção de Enfermagem

Monitorizar – Monitorizar é um tipo de "Vigiar" com as características específicas: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares.

MCDT – Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica

PE – Processo de Enfermagem

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SOS – Sempre que necessário

Vigiar – Vigiar é um tipo de "Observar" com as características específicas: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo

ClinidataNet – Aplicativo dos pedidos/validação de MCDT para Patologia Clínica

COLHEITA DE HEMOCULTURAS PERIFÉRICAS

Código: ██████████

Edição: 02

5. DESCRIÇÃO:

Nº	Ação	Responsável pela execução
1	Reunir o Material / Equipamento: - EPI - Máscara de procedimentos (1), luvas esterilizadas (1 par) - Adesivo - Cuvete grande - Frascos de hemocultura (de acordo com a prescrição) - Garrote - Tabuleiro (ou carro rodado)	Enfermeiro
	- Contendor de corto-perfurantes - Álcool a 70° - Solução alcoólica de Clorexidina 2% - Pacote de compressas esterilizadas 5x5cm (1 pacote por cada frasco de hemocultura) - Seringa 20 ml (1 por local de punção), Agulhas I.V. (1 por seringa) - Etiquetas identificativas impressas da <i>ClinidataNet</i> (prescrição)	
2	Informar o doente, solicitar colaboração	
3	Higienizar as mãos com SABA (<i>Antes de procedimentos assépticos</i>)	
4	Preparar o material, mantendo assépsia - Abrir luvas esterilizadas, utilizando campo interno como campo de trabalho - Colocar sobre o campo um pacote de compressas esterilizadas, seringas e agulhas	
5	Preparar os frascos de hemoculturas - Desinfetar a rolha de borracha do frasco de hemocultura com álcool a 70°, deixar secar	
6	Confirmar a identificação do doente (2 critérios)	
7	Posicionar o doente de acordo com o local de punção	
6	Garrotar membro a punccionar e seleccionar a veia	
7	Higienizar as mãos com SABA (<i>Antes procedimentos assépticos</i>)	
8	Preparar a pele - Desinfetar o local da punção com solução antisséptica de modo circular e do interior para a periferia, deixar secar	
9	Higienizar as mãos com SABA (<i>Antes procedimentos assépticos</i>)	
10	Calçar luvas esterilizadas	
11	Conectar seringa/agulha e proceder à colheita	
12	Executar penso compressivo	
13	Introduzir o sangue no frasco por picada (sem mudar de agulha) evitando a entrada de ar (este procedimento deve ser feito com rapidez para evitar coagulação na seringa) <i>NOTA: Se inocular mais do que um tipo de frasco de hemocultura, inocular primeiro o frasco de cultura anaeróbia e depois o frasco de cultura aeróbia, para que o ar eventualmente retido na seringa não seja introduzido no frasco aeróbio</i>	
14	Rejeitar os resíduos	
15	Identificar cada frasco com a etiqueta impressa da <i>ClinidataNet</i> e adicionar o local da colheita (manter legível o código de barras do frasco)	
16	Remover luvas e Higienizar as mãos (<i>Após risco de exposição a sangue e fluidos</i>)	
17	Enviar de imediato as hemoculturas ao Serviço de Patologia Clínica	
18	Validar / atualizar o PE no <i>ClinidataNet</i> - Na impressão das etiquetas do aplicativo, fica associada a identificação do enfermeiro que imprimiu as etiquetas/colheu as amostras No <i>SClínico</i> apenas será documentado algum evento adverso associado à colheita	

6. REFERÊNCIAS

- ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos técnicos. 2ª Edição. Lisboa.
- Manual de Colheitas do Serviço de patologia Clínica (003_DOC_PAT)

Elaborado por:	Aprovado por:		Data Revisão
Grupo PPCIRA	Data:	Enfermeira Diretora	
██████████	██████████	██████████	██████████

Apêndice IV – Ação de Formação “Atuação do Enfermeiro em Caso Suspeito de Sepsis”

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUPEITO DE SÉPSIS

Serviço de Urgência



Formadora: Ana Isabel Oliveira
Aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Tema: Sépsis no doente crítico: implementação do protocolo de sépsis num serviço de urgência

OBJETIVO GERAL

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com suspeita de sépsis, no serviço de urgência

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consciencializar os profissionais para a implementação das práticas baseadas em evidência face à pessoa suspeita de sépsis;
- Apresentar à equipa o protocolo de atuação perante a pessoa com suspeita de sépsis, tendo por base as orientações nacionais e internacionais;
- Reconhecer os critérios de suspeita de sépsis em pelo menos 75% pelos enfermeiros questionados
- Avaliar com os profissionais a ação formativa e os conteúdos do protocolo tendo em vista a implementação do protocolo de sépsis (pelo menos 75%)

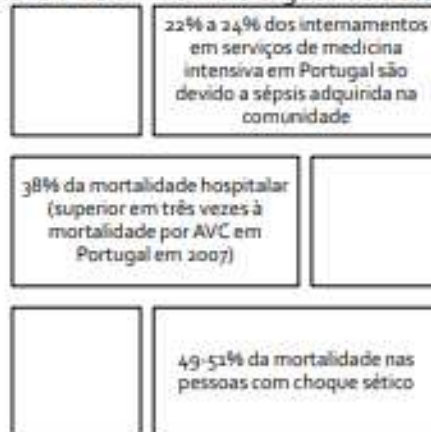
METAS

- Planear uma ação de formação dirigida aos profissionais de saúde sobre os conceitos, sinais e sintomas de sépsis, com recurso à evidência científica;
- Elaborar um protocolo com as intervenções de enfermagem perante um doente com suspeita de sépsis, tendo por base as orientações nacionais e internacionais e a norma da DGS sobre a Via Verde Sépsis;
- Reduzir a morbilidade da pessoa com sépsis que recorre ao SU;
- Aumentar em pelo menos 30% a identificação de doentes suspeitos de sépsis, desde a triagem e na primeira hora;
- Implementar o Protocolo Via Verde Sépsis.



PREVALÊNCIA DE SÉPSIS

A gravidade dos casos de sépsis está a aumentar, e por conseguinte aumento de pessoas com falência de um ou mais órgãos ou sistemas.



DGS, 2017

DEFINIÇÕES

Sépsis: presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária a resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção (Viana et al., 2020, p.16)

Choque séptico é definido como "anormalidade circulatória e celular/metabólica secundária a sépsis o suficiente para aumentar significativamente a mortalidade. Requer a presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65 mmHg associada a lactato ≥ 2 mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica", associado ao maior risco de mortalidade (Viana et al., 2020, p.18).



ORIENTAÇÕES DA VIA VERDE SÉPSIS

2004 - a Surviving Sepsis Campaign (SSC) publicou as primeiras guidelines internacionais, baseadas na evidência sobre a sépsis

2008 e 2012 - revisão das guidelines da SSC sobre a Via Verde Sépsis

2016 - guidelines internacionais para a gestão de sépsis e choque séptico

2010 – primeira orientação sobre a via verde sépsis em Portugal (circular normativa 01/DQS/DQCO de 2010)

2017 – norma da DGS sobre Via Verde Sépsis no Adulto (norma 010/2016, atualizada em 2017)

2018 - atualização das guidelines internacionais que acrescenta a importância da *hour-1-bundle*, colocando fim às duas *bundles* existentes - *Hour-3* e *Hour-6* – privilegiando a primeira hora após a identificação do doente suspeito de sépsis



NORMA DGS 010/2016 (2017)



NÚMERO: 010/2016
DATA: 20/01/2016
ATUALIZAÇÃO: 14/05/2017

TÍTULO: Via Verde Sépsis no Adulto
PALAVRAS-CHAVE: Choque séptico, infeção grave, via verde, sépsis
ÁREA: Saúde do Sistema de Saúde e Unidades/Instalações do Sistema Integrado de Emergência Médica e do Sistema dos Serviços e de Cuidados de Emergência Médica (SEM)
CONTEXTO: Desempenho de Qualidade na Saúde (plano nacional)

NORMA

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 7.º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 20 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento de Qualidade na Saúde, do Instituto Nacional de Emergência Médica, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, cujas é INFARMED, I.P. e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a Direção-Geral de Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Todos os serviços de urgência (SU) devem ter uma equipa de sépsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro.
2. Deverão ser meios de SU para esse processo:
 - a) Os SU de nível 1, para o que a esta Norma de respeito, são aqueles que não dispõem de serviço de medicina intensiva;
 - b) Os SU de nível 2, para o que a esta Norma de respeito, são aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e que laboratorial e citopatológico 24 horas por dia;



- a) Fase 1: identificação de Caso Confirmado VVS pelo registo de sépsis no SI ou pelo registo VMSI no ICI;
 - b) Fase 2: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
 - c) Fase 3: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica;
4. O Caso Suspeito VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção conforme do seguinte tabelo A e, simultaneamente, pelo menos, de um critério associado a infeção sistémica de acordo com o seguinte tabelo B (Grau de Recomendação 1, nível de Evidência C).

Tabela A - Critérios de presunção de infeção	
a)	Alteração da temperatura* + Febre
b)	Alteração da temperatura* + Confusão mental/Diminuição aguda do nível de consciência
c)	Alteração da temperatura* + Diápnose
d)	Alteração da temperatura* + Toux
e)	Alteração da temperatura* + Dor abdominal observada no doente
f)	Alteração da temperatura* + Injúria
g)	Alteração da temperatura* + Diápnose persistente
h)	Alteração da temperatura* + Dor torácica
i)	Alteração da temperatura* + Sinais inflamatórios cutâneos presentes
j)	Critério único de temperatura

*Alteração da temperatura é definida como temperatura superior a 38°C ou inferior a 36°C medida no doente.

Tabela B - Critérios de infeção sistémica	
a)	Confirmação laboratorial de casos de septicémia
b)	Prescrição Cardíaca: SU com serviço de medicina intensiva autorizados
c)	Prescrição Respiratória: SU com

5. O Caso Confirmado VVS deve ser definido como a presença de Caso Suspeito VVS associado a

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

OBJETIVOS:

- 1. Reconhecer a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 3. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

DEFINIÇÕES:

Profissionais de saúde que desenvolvem funções no âmbito da atenção de saúde de emergência de emergência.

RESPONSABILIDADES:

A atuação do enfermeiro é realizada pela atuação e observação. Os profissionais de enfermagem são responsáveis por:

- 1. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

DEFINIÇÃO:

Sepsis é definida como uma síndrome sistêmica que surge como resposta a uma infecção de qualquer natureza.

Objetivo Geral:

A implementação do protocolo e aplicação do mesmo de forma rápida e eficaz, visando a identificação e tratamento precoce da Sepsis, para se evitar a mortalidade e sequelas decorrentes da doença.

Objetivos Específicos:

- 1. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

Atividades de prevenção de risco:

- 1. Avaliação de sintomas + sinais
- 2. Avaliação de sintomas + sinais
- 3. Avaliação de sintomas + sinais

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

OBJETIVOS:

- 1. Reconhecer a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 3. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

DEFINIÇÕES:

Profissionais de saúde que desenvolvem funções no âmbito da atenção de saúde de emergência de emergência.

RESPONSABILIDADES:

A atuação do enfermeiro é realizada pela atuação e observação. Os profissionais de enfermagem são responsáveis por:

- 1. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

DEFINIÇÃO:

Sepsis é definida como uma síndrome sistêmica que surge como resposta a uma infecção de qualquer natureza.

Objetivo Geral:

A implementação do protocolo e aplicação do mesmo de forma rápida e eficaz, visando a identificação e tratamento precoce da Sepsis, para se evitar a mortalidade e sequelas decorrentes da doença.

Objetivos Específicos:

- 1. Avaliar a presença de sinais e sintomas de Sepsis (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis) (segundo critério de Sepsis).
- 2. Avaliar a qualidade e quantidade de dados coletados.

Atividades de prevenção de risco:

- 1. Avaliação de sintomas + sinais
- 2. Avaliação de sintomas + sinais
- 3. Avaliação de sintomas + sinais



FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS



CRITÉRIOS SOBRE O PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS	Serviço de Urgência
--	---------------------

A	B	C	D
Critérios de presunção de Infecção *	Critérios de inflamação sistémica	Critérios de Exclusão	Critérios de Gravidade
Alteração da temperatura + cefaleias; Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência; Alteração da temperatura + Dispneia; Alteração da temperatura + Tose Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia) Alteração da temperatura + icterícia Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria Alteração da temperatura + dor lombar Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos Critério clínico do responsável	Confusão e/ou alteração do estado de consciência Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado Frequência respiratória >22rpm	Doença cerebrovascular aguda Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e/ou terapêutica Estado de mal asmático Gravidez Hemorragia digestiva alta ICC descompensada/ Síndrome coronária aguda Politrauma/ grandes queimados	Hipotensão arterial (PAS<90mmHg) Hiperlactacidémia >2mmol/l Hipoxemia (PaO2<60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmH)

FOMULÁRIO DE ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

Diagnóstico					
Identificação Doente					
Módulo de avaliação de Ativação de protocolo de atuação em pessoas com suspeita de sépsis					
Assinatura do Enfermeiro Nº Idem:					
Assinado em: de 2014 em: de 2014					
Critérios de presunção de Infecção					
Alteração da temperatura + cefaleias					
Alteração da temperatura + confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência					
Alteração da temperatura + Dispneia					
Alteração da temperatura + Tose					
Alteração da temperatura + dor abdominal (distensão ou diarreia)					
Alteração da temperatura + icterícia					
Alteração da temperatura + disúria ou polaquiúria					
Alteração da temperatura + dor lombar					
Alteração da temperatura + sinais inflamatórios cutâneos extensos					
Critério clínico do responsável					
Critérios de inflamação sistémica					
Confusão e/ou alteração do estado de consciência					
Frequência cardíaca superior a 90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado					
Frequência respiratória >22rpm					
Avaliação da pessoa com suspeita de sépsis					
Nome	Temperatura (axilar)	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Estado de consciência	Tempo de Preenchimento capilar (seg)

FOMULÁRIO DE ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASO SUSPEITO DE SÉPSIS

Nome do Colaborador Responsável: _____	Hora de Início da Ativação: _____
Sinais Vitais	
Observações	

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

De acordo com os critérios de gravidade definidos pela DGS (2017), a pessoa que apresente um desses critérios é encaminhado para a sala de emergência, atribuindo a classificação segundo a Triagem de Manchester de prioridade Muito Urgente (Laranja), para ser submetido a observação médica imediata. Segundo a DGS (2017) o caso suspeito de sépsis, sem critérios de exclusão, e com um critério de gravidade, designa-se de caso confirmado de sépsis.

A DGS (2017, p.2) define como critérios de gravidade:

"Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

Hiperlactacémia > 2 mmol/l

Hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou P/F < 300 mmH"

O enfermeiro da triagem informa a equipa de enfermagem da área a que o doente se destina após a triagem, através do preenchimento do impresso, que acompanha o doente, para que o enfermeiro que recebe o doente inicie o mais precocemente as suas intervenções dirigidas à pessoa com suspeita de sépsis.



COLHEITA DE HEMOCULTURAS

	PROCEDIMENTO	Código:  Data Elaboração:  Edição: 02 Revisão: 01
COLHEITA DE HEMOCULTURAS PERIFÉRICAS		
ÂMBITO: Serviços Clínicos		

1. OBJETIVO:

- Uniformizar procedimentos relativos a colheitas de hemoculturas;
- Minimizar o risco de infeção ao doente durante a colheita de hemoculturas.

2. DESTATÁRIOS:

Enfermeiros

3. RESPONSÁVEL:

Enfermeiro Gestores / Responsáveis

4. DEFINIÇÕES:

EPI - Equipamento de Proteção Individual



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do protocolo será definido pela direção do serviço de urgência.

A ativação do protocolo é efetuada pelos enfermeiros do serviço de urgência, na triagem ou durante a permanência da pessoa no SU.

O preenchimento da documentação deve ser considerada a cada procedimento ou intervenção na pessoa com suspeita de sépsis.

O protocolo encontra-se a aguardar avaliação e validação, pelo que poderá sofrer alterações.



BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma 010/2016, revista em 2017: Via Verde Sépsis no Adulto. <https://nocs.pt/via-verde-sepsis-do-adulto/>

Viana, R.; Machado, F. & Souza, J. (2020). Sépsis: um problema de saúde pública a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. *COREN-SP* (3rd ed.).

<https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepsis-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf>

Apêndice V – Ficha de Avaliação da Ação de Formação

FICHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Ação: Atuação do Enfermeiro em Caso Suspeito de Sepsis

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados, de acordo com o valor 1 “nada satisfeito”, 2 “pouco satisfeito”, 3 “satisfeito”, 4 “muito satisfeito” e 5 à menção de "altamente satisfeito", segundo a sua opinião.

A. 1 Avaliação geral da ação

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A metodologia foi adequada aos participantes					
Os trabalhos práticos propostos apresentaram coerência					
A gestão dos recursos foi adequada					
O espaço em que decorreu a ação foi adequado					
O equipamento informático foi adequado					
Relação do(s) formador(es) com o grupo de formandos					
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
As competências adquiridas vão ter impacto na minha actividade profissional					
Após esta formação irei utilizar as competências adquiridas nos processos de ensino e aprendizagem					

A.2. Avaliação dos Formadores

2.1 Conhecimentos/ Conteúdos

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram adequados					
Houve aprofundamento dos temas					
A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada					
O formador demonstrou dominar os conteúdos tratados					

2.2 Exposição

	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
A adaptação do discurso aos destinatários / finalidades foi conseguida					
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas					

A.3. Organização da ação

	1	2	3	4	5
O atendimento aos formandos foi eficiente					
A informação disponibilizada on-line acerca da ação foi suficiente					
A documentação disponibilizada acerca da avaliação da ação foi suficiente					

Observações:

ANEXOS

Anexo I – Via Verde Sepsis no Adulto (DGS – Norma 010/2016 – Revista em 2017 – excluindo textos de apoio e anexos)

NORMA

NÚMERO: 010/2016
DATA: 30/09/2016
ATUALIZAÇÃO: 16/05/2017

Francisco
Henrique Moura
George

ASSUNTO: Via Verde Sepsis no Adulto
PALAVRAS-CHAVE: Choque séptico, infeção grave, via verde, sepsis
PARA: Médicos do Sistema de Saúde e Unidades/Instituições do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqsi@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Instituto Nacional de Emergência Médica, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvidos o INFARMED, I.P. e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Todos os serviços de urgência (SU) devem ter uma equipa de sepsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro.
2. Definem-se dois níveis de SU para este processo:
 - a) Os SU de nível 1, para o que a esta Norma diz respeito, são aqueles que não dispõem de serviço de medicina intensiva;
 - b) Os SU de nível 2, para o que a esta Norma diz respeito, são aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia;
 - c) As VMER (viatura médica de emergência e reanimação) e os Heli (helicóptero) do INEM devem participar no processo da Via Verde Sepsis (VVS) e são operacionalmente equiparadas a SU de nível 1.
3. O processo VVS define quatro passos sequenciais (Grau de Recomendação 1, Nível de Evidência C):
 - a) Passo 1: identificação precoce de Caso Suspeito VVS, em sede de triagem no SU, na VMER ou no Heli;

- b) Passo 2: identificação de Caso Confirmado VVS, pela equipa de sépsis nos SU ou pelo médico VMER ou Heli;
- c) Passo 3: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
- d) Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

4. O Caso Suspeito VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante da seguinte tabela A e, simultaneamente, pelo menos, de um critério associado a inflamação sistémica de acordo com a seguinte tabela B (Grau de Recomendação 1, Nível de Evidência C).

Tabela A Critérios de Presunção de Infeção	
a)	Alteração da temperatura ⁺ + Cefaleias
b)	Alteração da temperatura ⁺ + Confusão e/ou Diminuição aguda do nível de consciência
c)	Alteração da temperatura ⁺ + Dispneia
d)	Alteração da temperatura ⁺ + Tosse
e)	Alteração da temperatura ⁺ + Dor abdominal (distensão ou diarreia)
f)	Alteração da temperatura ⁺ + Icterícia
g)	Alteração da temperatura ⁺ + Disúria ou polaquiúria
h)	Alteração da temperatura ⁺ + Dor lombar
i)	Alteração da temperatura ⁺ + Sinais inflamatórios cutâneos extensos
j)	Critério clínico do responsável

Alteração da temperatura é definida como temperatura auricular <35°C ou >38°C medida ou referida.

Tabela B Critérios de inflamação sistémica	
a)	Confusão e/ou alteração do estado de consciência
b)	Frequência Cardíaca > 90 bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado
c)	Frequência Respiratória > 22 cpm

5. O Caso Confirmado VVS deve ser definido como a presença de Caso Suspeito VVS associado à inexistência de critérios de exclusão (conforme seguinte tabela C) e à existência de, pelo menos, um critério de gravidade (conforme seguinte tabela D) (Grau de Recomendação 1, Nível de Evidência C).

Tabela C Critérios de Exclusão da VVS	
a)	Doença cerebrovascular aguda
b)	Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
c)	Estado de mal asmático
d)	Gravidez
e)	Hemorragia digestiva ativa

f)	ICC descompensada / Síndrome coronária aguda
g)	Politrauma / Grandes queimados

Tabela D Critérios de Gravidade	
a)	Hiperlactacidemia > 2 mmol/l
b)	Hipotensão arterial (Tas < 90 mmHg)
c)	Hipoxemia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou P/F < 300 mmHg)

6. O cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo básico de avaliação e terapêutica e na seguinte tabela E "Avaliação Básica e Terapêutica"

Tabela E - Avaliação Básica e terapêutica

Ação	Tempo máximo para início de administração ou procedimento*	Observações	Grau de Recomendação	Nível de Evidência
a) Administração de até 20-30 ml/Kg de cristalóide	15 min	Guiar a administração inicial por critérios clínicos – corrigir hipovolemia e hipoperfusão tissular.	I	A
		A escolha da solução cristalóide deve considerar o risco de acidemia hiperclorêmica.	IIb	A
b) Administração de oxigénio	15 min	Guiar a administração por critérios clínicos.	I	C
c) Gasimetria arterial com lactato	15 min		I	A
d) Hemoculturas	60 min	Realizar antes da administração do antibiótico para que este possa ser administrado na primeira hora.	I	B
		Realizar duas hemoculturas em locais diferentes.	I	C
		Realizar pelo menos uma hemocultura por punção vascular.	I	C
		Realizar uma hemocultura por cada cateter venoso central existente há mais de 48 h.	-	Sem NE*
e) Outros exames microbiológicos de acordo com o foco provável de infeção	60 min	Não atrasar administração de antibiótico por necessidade de exames microbiológicos.	I	A
f) Administração de antibiótico (s) adequada	60 min	Conforme orientações e normas locais, nacionais e ver tabela G em Anexo I.	I	B
g) Avaliação laboratorial	60 min	Hemograma com plaquetas, estudo da coagulação, ionograma, ureia, creatinina, glicose, bilirrubina total e direta.	I	C

n)	Identificação (confirmada ou presumida) do foco	60 min	Realização de avaliação clínica, analítica e imagiológica (se necessária e com base na suspeita do foco) conducente à identificação e controlo do foco.	I	C
p)	Ativação do CODUMEM	60 min	Se o doente se encontrar em N1, para transporte para N2.	I	C

* Tempo Zero - identificação de Caso Suspeito VVS. *NE - Nível de Evidência

7. O cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo avançado de avaliação e terapêutica e na seguinte tabela F "Avaliação Avançada e Terapêutica", tutelado diretamente por médico do serviço de medicina intensiva:

Tabela F Avaliação Avançada e Terapêutica

Ação	Observações	Grau de Recomendação	Nível de Evidência
a) Cristaloides	Se TA média <65 mmHg ou lactato >= 2 mmol/l e evidência de responsividade a fluidos	I	A
b) Noradrenalina	Para manter TA média >65mmHg preferencialmente após correção volêmica;	I	B
c) Cateter Arterial	Se TA média <65 mmHg ou necessidade presumida ou real de vasopressores após o algoritmo básico de avaliação e terapêutica.	I	B
d) Cateter Venoso Central	Se for necessário vasopressor ou avaliação de SvCO ₂ ou delta de CO ₂	II	C
e) Ventilação mecânica	Decisão individualizada, baseada nomeadamente na avaliação clínica, persistência de hipoxemia, hipertactidemia, esforço respiratório excessivo ou saturação de oxigénio do sangue venoso central baixa (SvCO ₂ <65%).	I	B
f) Dobutamina	Se manutenção de sinais de hipoperfusão ou hipoxia tecidual, ausência de resposta a fluidos e existência de disfunção cardíaca, avaliados por métodos validados e em que a equipa tenha experiência.	II	B
g) Transfusão	Transfusão de concentrado de eritrócitos se valor de hemoglobina < 7,0 g/dL sendo de admitir valores mais elevados em populações selecionadas.	I	B
h) Corticoides	Em pessoas com hipotensão (TAM<65 mmHg) refratária a fluidoterapia e vasopressores administrados em dose elevada, no sentido de diminuir as doses de vasopressores, embora possivelmente sem efeito de redução na mortalidade.	I	A
i) Reavaliação gasimetria arterial com lactato	Para avaliação de depuração de lactato, pelo menos, às 2 horas após início do algoritmo terapêutico.	I	B
o) Controlo do foco séptico	Nas primeiras 6 horas	I	A

8. Os Casos Confirmados de VVS devem ser referenciados a equipa de sépsis de unidades de saúde com SU de nível 2.
9. Os SU nível 1, VMER e Heli devem cumprir e garantir Passo 1 a Passo 3 e os SU nível 2 devem cumprir e garantir a totalidade do processo, isto é Passo 1 a Passo 4, conforme enunciados no ponto 3 da presente Norma.
10. No âmbito da presente Norma, cabe ao Conselho de Administração:
- a) Assegurar todos os recursos necessários à efetiva implementação da VVS, nomeadamente iniciar a formação e mantê-la com formação anual, e definir os aspetos organizativos e logísticos do processo;
 - b) Garantir os meios necessários para o registo obrigatório dos casos de VVS, essencial à auditoria e à melhoria de processos e resultados;
 - c) Nomear um coordenador local da VVS que deve também articular com o Coordenador Nacional da VVS*.
11. Cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica a capacitação da sua intervenção no processo WS e respetivos registos, nos termos da presente Norma.
12. O registo de VVS deve permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:
- a) Tempo entre o primeiro contacto com o sistema de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar) e identificação de Caso Suspeito VVS;
 - b) Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a realização de doseamento de lactato sérico;
 - c) Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a administração do primeiro antibiótico;

* .Despacho N.º3/2010 da Direção-Geral da Saúde.

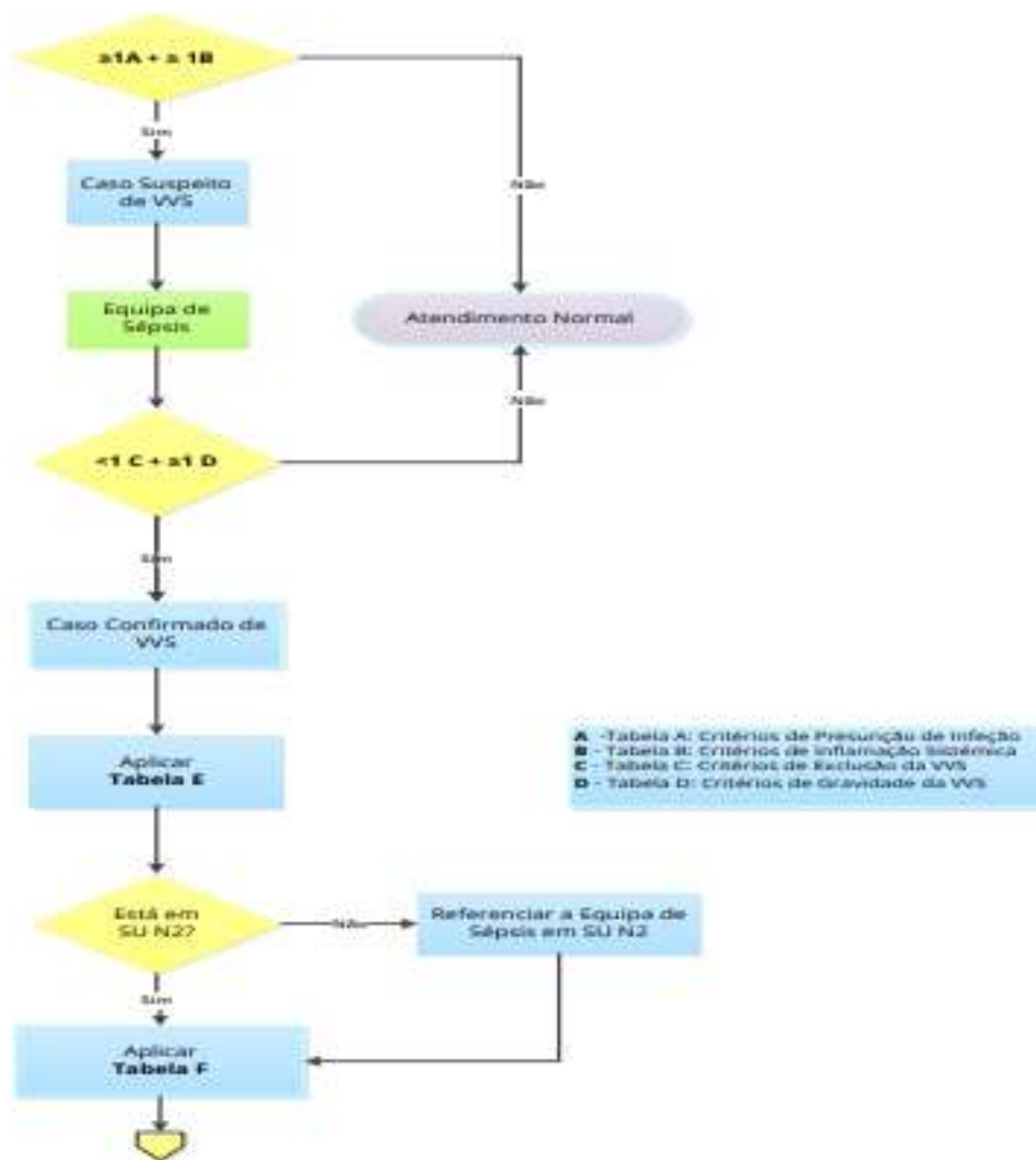
d) Proporção de Caso Suspeito VVS com diagnóstico microbiológico em quem o primeiro antibiótico administrado foi apropriado;

e) Taxa de mortalidade de Casos Confirmados de WS.

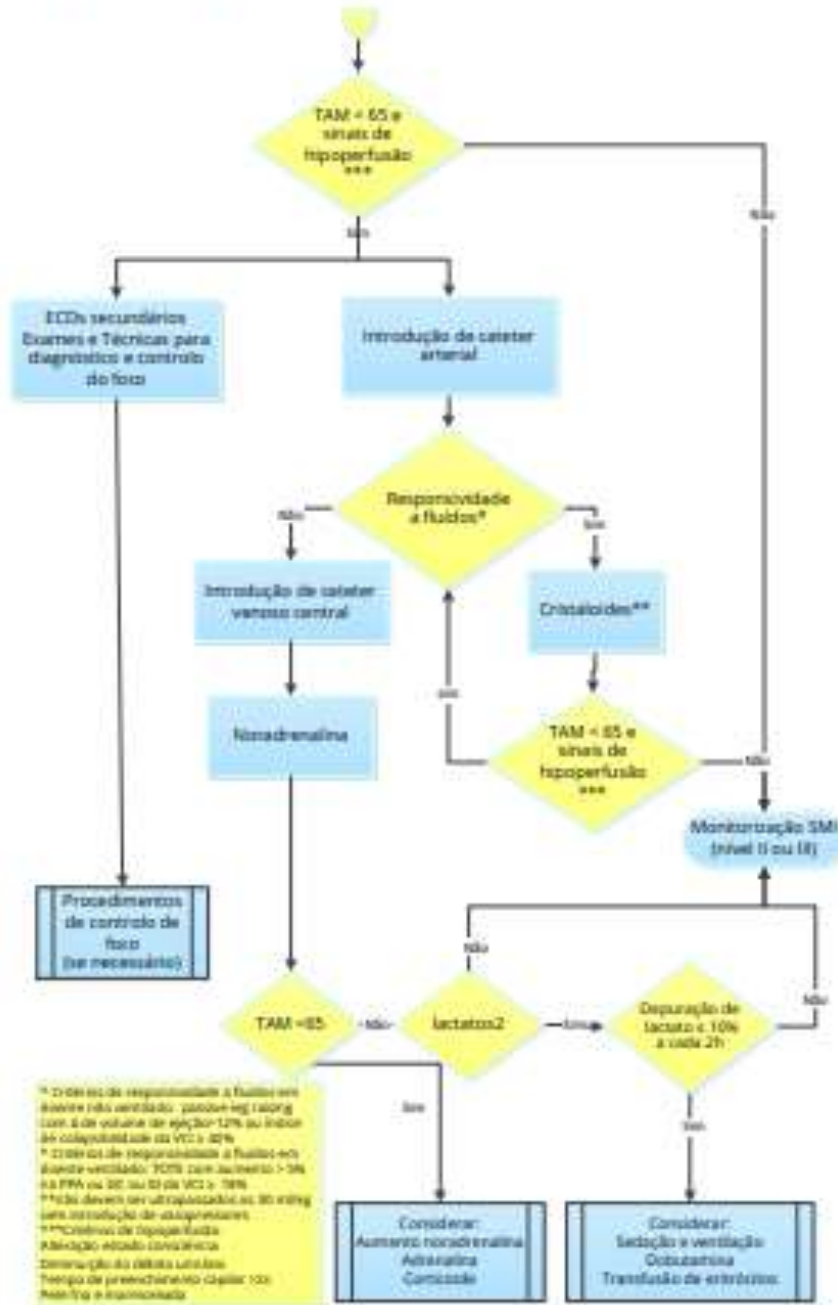
13.A presente Norma deve ser sujeita a auditoria interna semestralmente.

14.Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico.

15. Os algoritmos clínicos
Algoritmo básico de avaliação e terapêutica



Algoritmo avançado de avaliação e terapêutica



O instrumento de auditoria

Instrumento de Auditoria				
Norma "Via Verde Sepsis no Adulto"				
Unidade:				
Data: / /		Equipa auditoria:		
1: Todos os Serviços de Urgência				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /PONTE
O serviço de urgência (SU) tem uma equipa de sepsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Níveis de Serviço de Urgência				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /PONTE
Os serviços de urgência (SU) definem-se por dois níveis:				
O serviço de urgência (SU) de nível 1, para o que a esta Norma diz respeito, é aquele que não dispõe de serviço de medicina intensiva				
O serviço de urgência (SU) de nível 2, para o que a esta Norma diz respeito é aquele que dispõe de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia				
A VMER e o Helicóptero do INEM participam no processo da Via Verde Sepsis (VVS) e são operacionalmente equiparadas a serviços de urgência (SU) de nível 1				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Processo Via Verde Sepsis (VVS)				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /PONTE
O processo VVS define quatro passos sequenciais (Grau de Recomendação 1, Nível de Evidência C): a) Passo 1: identificação precoce de Caso Suspeito VVS, em sede de Triagem no SU, na VMER ou no Helicóptero; b) Passo 2: identificação de Caso Confirmado VVS, pela Equipa de Sepsis nos SU ou pelo médico VMER ou Helicóptero; c) Passo 3: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica; d) Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica				
O Caso Suspeito VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante da tabela A e, simultaneamente, pelo menos, de um critério associado a inflamação sistémica de acordo com a tabela B, nos termos da presente Norma				
O Caso Confirmado VVS é definido como a presença de Caso Suspeito VVS associado à inexistência de critérios de exclusão (conforme tabela C) e à existência de, pelo menos, um critério de gravidade (conforme tabela D), nos termos da presente Norma				
O cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo básico de avaliação e terapêutica e na tabela E "Avaliação Básica e Terapêutica", nos termos da presente Norma				
O cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo avançado de avaliação e terapêutica e na tabela F "Avaliação Avançada e Terapêutica", tutelado diretamente por médico do serviço de medicina intensiva, nos termos da presente Norma				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

4.Registos				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
O registo de VVS permite a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:				
Tempo entre o primeiro contacto com o sistema de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar) e identificação de Caso Suspeito VVS				
Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a realização de doseamento de lactato sérico.				
Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a administração do primeiro antibiótico				
Proporção de Caso Suspeito de VVS com diagnóstico microbiológico em quem o primeiro antibiótico administrado foi apropriado				
Taxa de mortalidade de Casos Confirmados de VVS				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
5.Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
O Caso Confirmado de VVS é referenciado a equipa de sépsis de unidade de saúde com serviço de urgência de nível 2				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
6.Auditoria Interna				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
A presente Norma é sujeita a auditoria interna semestralmente				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
7.Responsabilidades				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
O serviço de urgência de nível 1, VMER e Heli cumpre e garante Passo 1 a Passo 3, conforme enunciados no ponto 2 da presente Norma				
O serviço de urgência de nível 2 cumpre e garante a totalidade do processo, isto é Passo 1 a Passo 4, conforme enunciados no ponto 2 da presente Norma				
O Conselho de Administração assegura todos os recursos necessários à efetiva implementação da VVS, nomeadamente o início da formação que mantém com formação anual, e define os aspetos organizativos e logísticos do processo, garante os meios necessários para o registo obrigatório dos casos de VVS, essencial à auditoria e à melhoria de processos e resultados e nomeia um coordenador local da VVS				
O coordenador local da VVS articula também com o coordenador nacional da VVS				
O Instituto Nacional de Emergência Médica capacita a sua intervenção no processo VVS e respetivos registos, nos termos da presente Norma				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

- 16.O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica de Boas Práticas Clínicas e será atualizada sempre que a evidência científica assim o determine.
- 17.Os conteúdos relativos à intervenção de enfermagem foram validados pelo *Chief Nursing*.
- 18.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde