



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA AVALIAÇÃO E DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA

PATIENT SAFETY IN CRITICAL SITUATION: SPECIALIZED NURSING INTERVENTION IN THE ASSESSMENT AND EARLY DETECTION OF CLINICAL DETERIORATION

Por:

Isa Sofia Amaro Pulquério

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA AVALIAÇÃO E DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA

PATIENT SAFETY IN CRITICAL SITUATION: SPECIALIZED NURSING INTERVENTION IN THE ASSESSMENT AND EARLY DETECTION OF CLINICAL DETERIORATION

Por:

Isa Sofia Amaro Pulquério

Sob orientação de Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2022

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

Fernando Pessoa (Ricardo Reis)

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer a todos os que permitiram que este sonho se concretizasse.

À Inês, pela amizade, por ter sido o meu anjo no caminho e grande suporte desde o primeiro minuto.

À Prof. Doutora Manuela Madureira, pela partilha de sabedoria, pelo carinho, paciência, incentivo. Grata pela orientação, pelas observações preciosas e sensibilidade.

Às colegas de Mestrado, Filipa e Rita, um presente que a vida me deu, pela energia que vivemos de união e irmandade.

Aos enfermeiros orientadores que foram uma grande fonte de força e inspiração nesta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho pela cooperação, prontidão e espírito de equipa que sempre me transmitiram.

Aos meus amigos, pela compreensão que tiveram sempre nos meus momentos de ausência.

Aos meus pais queridos e irmão Rui, pela oportunidade, por toda a força, apoio, presença e amor incondicional durante este processo, sinto-me muito abençoada por ter a família que tenho.

A todos o meu obrigada.

RESUMO

A qualidade dos cuidados de enfermagem com o objetivo centrado na segurança do doente, tem sido alvo de preocupação crescente em todo o mundo. Neste sentido, a *National Patient Safety Agency*, reconhece a necessidade de garantir a segurança dos doentes sendo, portanto, uma prioridade a deteção precoce da deterioração clínica do doente, e a consequente redução da mortalidade associada à paragem cardiorrespiratória (Cherry & Jones, 2015).

O enfermeiro, sendo o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente, desempenha um papel fundamental na sua vigilância e no despiste de complicações. Segundo Benner (2001) a função de diagnóstico e vigilância é uma das intervenções de enfermagem que contribui para a promoção da segurança da pessoa doente, pois possibilita a deteção atempada de situações de deterioração clínica.

Procurando promover a segurança da pessoa em situação crítica, e desenvolver competências de mestre, foi realizada uma investigação com o título “Modified Early Warning Score: um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica”, emergindo daí que a intervenção do enfermeiro, através de uma vigilância adequada, é dirigida ao reconhecimento atempado de situações de deterioração clínica, e ao responder prontamente ao identificado, prestando e gerindo cuidados complexos, muito contribui para a segurança da pessoa doente e para os ganhos em saúde.

A componente prática deste percurso académico e profissional teve lugar em quatro ambientes distintos, num gabinete coordenador de colheita e transplantação, bloco operatório de urgência, serviço de urgência geral e unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiorrespiratória. De forma a dar visibilidade às diferentes atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, nos diferentes domínios de competências na abordagem à pessoa em situação crítica, utilizei uma metodologia descritiva e analítica fundamentada na evidência científica, neste processo de aprendizagem. A análise das competências, foi realizada à luz dos regulamentos que regulam as especialidades em enfermagem.

Para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, o guia orientador foi baseado no modelo de Dreyfus adaptada à enfermagem de Benner (2001), como orientador do crescimento e de desenvolvimento de competências profissionais, e no modelo teórico de Jean Watson, como orientadora do pensamento e da intervenção em contexto clínico.

Palavras-Chave: Segurança da pessoa em situação crítica, deterioração clínica, cuidado especializado

ABSTRACT

The quality of nursing care focused on patient safety has been a growing concern worldwide. In this sense, the *National Patient Safety Agency* recognizes the need to ensure patient safety and, therefore, the early detection of clinical deterioration of the patient, and the consequent reduction of mortality associated with cardiorespiratory arrest, is a priority (Cherry & Jones, 2015).

The nurse, being the health professional who spends the most time with the patient, plays a fundamental role in their surveillance and in the detection of complications. According to Benner (2001), the diagnostic and surveillance function is one of the nursing interventions that contributes to the promotion of the patient's safety, as it enables the timely detection of clinical deterioration situations.

Seeking to promote the safety of the person in a critical situation, and to develop master skills, an investigation was carried out with the title "*Modified Early Warning Score: a useful instrument for the safety of the person in a critical situation*", emerging from this that the nurse's intervention, Through adequate surveillance, it is aimed at the timely recognition of situations of clinical deterioration, and by responding promptly to the identified, providing and managing complex care, it greatly contributes to the safety of the sick person and to health gains.

The practical component of this academic and professional path took place in four different environments, in a coordinating office for collection and transplantation, an emergency operating room, a general emergency service and an intensive care unit for cardiothoracic surgery. In order to give visibility to the different activities developed during the internships, in the different domains of competences in approaching the person in a critical situation, I used a descriptive and analytical methodology based on scientific evidence, in this learning process. The analysis of competences was carried out in light of the regulations that regulate nursing specialties.

For the course of acquiring and developing competences, the guiding guide was based on the Dreyfus model adapted to nursing by Benner (2001), as a guide to the growth and development of professional competences, and on the theoretical model of Jean Watson, as a supervisor of the thinking and intervention in a clinical context.

Keywords: Patient safety in critical situation, clinical deterioration, specialized care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHA - *American Heart Association*

APA7th – *American Psychology Association 7th Edition*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

BOU - Bloco Operatório de Urgência

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - Doença do Coronavírus

DGS - Direção Geral da Saúde

EEMI - Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ERR - Equipa de Resposta Rápida

Et al. - e outros

EWS - *Early Warning Score*

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

GPL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify Situation Background Assessment Recommendation*

MEWS - *Modified Early Warning Score*

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

NIHSS - *The National Institutes of Health Stroke Scale*

Nº - Número

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PEC - Posto de Estadia Curta

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

SO - Sala de Observação

SAV - Suporte Avançado de Vida

SU - Serviço de Urgência

SUG - Serviço de Urgência Geral

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCICCT - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VVAVC - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| 1. REVISÃO DA LITERATURA: “MODIFIED EARLY WARNING SCORE; UM INSTRUMENTO ÚTIL PARA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA” | 19 |
| 1.1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO | 19 |
| 1.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA..... | 22 |
| 1.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 24 |
| 1.4. DISCUSSÃO..... | 29 |
| 1.5. CONCLUSÃO | 32 |
| 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS | 34 |
| 2.1. GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO | 36 |
| 2.2. BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA | 41 |
| 2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL | 48 |
| 2.4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA | 56 |
| 3. CONCLUSÃO | 68 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| ANEXOS | 82 |
| ANEXO I | 83 |
| Certificado de Apresentação sob a forma de Poster eletrónico nas X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa intituladas “O Valor de Uma Enfermagem Com Valores”..... | 83 |
| ANEXO II | 85 |

| | |
|---|----|
| Certificado de Participação no VI Simpósio de Enfermagem da Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto intituladas “Ontem-Hoje-e...Amanhã” | 85 |
| APÊNDICES | 87 |
| APÊNDICE I | 88 |
| Poster Intitulado “ <i>Modified Early Warning Score</i> : um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica” | 88 |

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| <i>Tabela 1- Modified Early Warning Score</i> | <i>21</i> |
| <i>Tabela 2- Metodologia PI[C]O para formulação da questão de revisão</i> | <i>22</i> |
| <i>Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.....</i> | <i>23</i> |
| <i>Tabela 4 - Resumo dos estudos incluídos na revisão.....</i> | <i>25</i> |
| | |
| <i>Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow.....</i> | <i>24</i> |

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no 13º Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à pessoa em situação crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Lisboa. Este documento tem como finalidade descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências, ao longo dos estágios e em diferentes contextos, sob forma de fundamentar a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica e Mestre em Enfermagem.

Para estruturar todo o processo de aprendizagem desenvolvido na aquisição de competências no cuidar à pessoa em situação crítica, procurei fundamentar-me nos modelos teóricos de enfermagem, nos princípios éticos e deontológicos do exercício da profissão de enfermagem, nas competências comuns específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. Em complemento recorri ao modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem, desenvolvido por Benner em 2001, dado a sua correlação com o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista.

Pretende-se, assim com a redação deste relatório, dar visibilidade ao realizado e desenvolvido em diferentes contextos de prática clínica que, juntamente com as competências prévias detidas enquanto enfermeira de cuidados gerais, potenciaram o desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Em contexto da unidade curricular “Vigilância e Decisão Clínica”, foram realizadas 180 horas de estágio que decorreram entre um Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) e o Bloco Operatório de Urgência (BOU) inseridos no mesmo Centro Hospitalar. A unidade curricular intitulada “Estágio Final e Relatório”, teve a duração de 360 horas de estágio realizadas no Serviço de Urgência Geral (SUG) e Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICCT), de dois Hospitais da área metropolitana de Lisboa.

No processo de evolução da enfermagem como ciência, modelada pela história e pelos eventos sociais, surgiram vários modelos conceptuais, correntes de pensamento contribuindo para o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, aplicados à prática do cuidar. Apesar da sua especificidade, os diferentes modelos de enfermagem, têm aspetos comuns ao combinar a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, relação terapêutica entre os enfermeiros e o doente (Pais Ribeiro, 2008, citado por Morais, 2012). O cuidar é visto como a essência da disciplina de enfermagem, caracterizado pela reciprocidade entre os enfermeiros e a pessoa cuidada. Deste modo, as teorias de enfermagem, têm a finalidade de correlacionar investigação e prática, tornando possível a confiabilidade das ideias e experiências dos enfermeiros, como valiosa fonte de conhecimento (Silva, Valente, Bitencourt e Brito, 2010).

Pelo acima disposto, a base deste trabalho tem como referencial teórico, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Para Watson (1999), cuidar em enfermagem exige que o enfermeiro se torne num agente humanitário, e que enquanto pessoa este esteja envolvido como coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar. O enfermeiro, prioriza a preservação da saúde e procura meios para proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior de uma pessoa. Ao considerar o cuidar centrado na pessoa, base da prática de enfermagem, os cuidados devem ser colocados à parte da esfera do impessoal, para se tornarem pessoais, humanos e relacionais, caracterizando-se pela reciprocidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa alvo de cuidados (Watson, 1999).

Face ao explanado, considero, suportada em Watson, que a prática da enfermagem deve centrar-se no cuidado, fundamentado no conhecimento, diálogo e estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, baseada em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro. Tendo por base os fatores da teoria de Watson (1985), a segurança do doente, assume uma enorme relevância na manutenção de um ambiente terapêutico seguro, enquanto elemento chave na qualidade dos cuidados.

O enfermeiro ao adquirir/aprofundar conhecimentos e aprimorar competências, contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo, em consequência a segurança da pessoa em situação crítica.

A segurança nos cuidados, é uma preocupação dos enfermeiros desde Florence Nightingale, encontrando-se relacionada com as competências do enfermeiro, e da própria

equipa multidisciplinar, bem como com a condição de saúde da pessoa em situação crítica, e os cuidados que necessita. A segurança do doente é definida conceptualmente como “*a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável*” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011, p.14), tendo em conta o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados são prestados.

As estatísticas sobre a segurança do doente são alvo de crescente preocupação, a nível mundial desde o início dos anos 90, quando os dados divulgados mostraram que o número de mortes resultantes de eventos adversos preveníveis, eram surpreendentemente elevados. A *World Health Organization* (WHO), em 2004 construiu um programa de segurança do doente denominado *World Alliance for Patient Safety*, no sentido de minimizar estes eventos, dando ênfase a esta questão, que deve ser universal para os cuidados de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

A identificação desta problemática, vem subsidiar a preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo centrado na segurança da pessoa em risco de deterioração clínica. No meu exercício profissional, num serviço de Medicina, são frequentes as admissões de doentes com condições clínicas graves e com comorbilidades associadas, tendencialmente em número crescente, aumentando assim a probabilidade de risco de deterioração clínica durante o internamento. Face ao exposto, surgiu uma motivação e interesse pessoal, dada a responsabilidade do enfermeiro na promoção da segurança da pessoa em risco de deterioração clínica, na vigilância, deteção e resposta atempada, que permitam prevenir complicações e diminuir a incidência de Paragem Cardiorrespiratória (PCR).

Os enfermeiros, desempenham um papel fundamental e dinamizador na segurança dos doentes, sendo o grupo profissional que mais tempo priva com estes. Esta posição torna-se privilegiada para detetar precocemente as complicações, realizar os procedimentos necessários com a finalidade de minimizar a possibilidade de incidentes que atingem o doente (Silva et al., 2016). Segundo a WHO (2009), a segurança do doente desenvolve-se através de várias atividades, que visam prevenir situações que agravem a sua situação clínica, em circunstâncias que poderiam ser evitadas utilizando o conhecimento científico atual disponível.

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), em 2007, ao elaborar um manual com recomendações específicas, prioriza a monitorização de sinais vitais através

de escalas de alerta precoce, uma vez que pode existir dificuldade na sinalização, na intervenção, ou ainda, pela ausência ou atraso em comunicar a deterioração clínica do doente ao médico, e obter ajuda diferenciada. Outra abordagem, defendida pela *American Heart Association* (AHA), é a adoção de uma cadeia de sobrevivência intra-hospitalar capaz de formar as equipas, capacitando-as para a prevenção, monitorização e reconhecimento da deterioração clínica, apoiado num sistema eficaz, que permita pedir e obter ajuda diferenciada na abordagem à pessoa em situação crítica (Kronick et al., 2015).

De forma a permitir um acesso rápido à supracitada ajuda diferenciada, foram desenvolvidas nos anos 90, as Equipas de Resposta Rápida (ERR), tornando-se o ponto de partida para o desenvolvimento dos *scores* de alerta precoce, com o propósito de detetar e ativar estas equipas e travar a degradação do estado clínico dos doentes, evitando que atinjam um estado crítico de difícil regressão (Luís, 2014).

Os resultados obtidos com a realização da revisão integrativa da literatura, permitem sublinhar a importância de uma adequada avaliação clínica, dependente esta do treino e experiência dos profissionais na aplicação do sistema de alerta precoce, dando, por isso, ênfase à existência de enfermeiros de prática avançada na melhoria dos cuidados prestados. Neste sentido, Benner considera o enfermeiro especialista um enfermeiro perito, sendo que o mesmo deve dominar um conhecimento perceptivo, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-a de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística, sendo que o conhecimento e as competências de um enfermeiro, poderão fazer a diferença nos resultados de saúde/doença do doente (Benner, 2001).

Aos enfermeiros é exigida a excelência do exercício, fazendo uso da sua experiência profissional para se tornarem melhores cuidadores da pessoa, observando-a de forma holística, tornando-os mais perspicazes a diagnosticar situações potencialmente críticas, daí que, esta aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências permite ao enfermeiro uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança na tomada de decisão, fundamentada no conhecimento e experiência profissional, que permitem uma melhoria contínua nos cuidados de enfermagem (Bettencourt, 2008).

O presente relatório encontra-se estruturalmente organizado por capítulos, iniciando-se com uma introdução, seguida da Revisão da Literatura intitulada de “*Modified Early Warning Score* um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica”. Um

segundo capítulo com uma breve descrição dos contextos clínicos selecionados para este percurso formativo, seguido da apresentação dos objetivos delineados e das atividades promotoras do desenvolvimento de competências de especialista. Por último, serão apresentadas as considerações finais com uma breve análise transversal do relatório, seguida das referências bibliográficas que suportaram este trabalho.

Este documento foi elaborado de acordo com as orientações da Universidade Católica Portuguesa (Instituto de Ciências da Saúde, 2019), encontrando-se redigido de acordo com a norma de referenciação bibliográfica *American Psychological Association* (APA7th) 7ª edição.

1. REVISÃO DA LITERATURA: “MODIFIED EARLY WARNING SCORE: UM INSTRUMENTO ÚTIL PARA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

Tendo por base o Decreto-Lei nº 65/2018 (2018), o mestre deve ter conhecimentos e capacidades, que “*permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação*” (p.4162).

Com a finalidade de desenvolver as competências necessárias no âmbito da investigação, realizei uma revisão integrativa da literatura cujo título é “*Modified Early Warning Score: um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica*”, do qual o processo de desenvolvimento e resultados serão apresentados neste capítulo.

Uma revisão não produz novo conhecimento, mas reúne o já existente, permitindo assim ao enfermeiro basear a sua prática clínica especializada em evidência. Sendo as competências de investigação parte integrante, não só do mestre em enfermagem, mas também das competências comuns dos enfermeiros especialistas, onde de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4745), o enfermeiro especialista “*baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica*”.

1.1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A segurança do doente tem assumido uma crescente preocupação a nível mundial, sendo incorporada aos atributos da qualidade (segurança, efetividade, cuidado centrado no doente, oportunidade, eficiência e equidade) pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (Committee on Quality of Health Care in America & Institute of Medicine, 2001).

A WHO criou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, um programa para organizar conceitos e propor medidas para redução de riscos, que passou a chamar-se *Patient Safety Program*, que tem como objetivo principal obter ganhos ao nível da segurança do

doente e, de uma forma mais ampla na qualidade dos cuidados em saúde (WHO, 2009). Também neste sentido, a *National Patient Safety Agency*, reconhece a necessidade de garantir a segurança dos doentes sendo, portanto, uma prioridade a detecção atempada da deterioração clínica do doente e a consequente redução da mortalidade associada à PCR (Cherry & Jones, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), pessoa em deterioração clínica está naturalmente em situação crítica. É aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma, ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. A esta definição Lavoie, Pepin e Alderson (2016) acrescentam que a deterioração clínica é um processo evolutivo, previsível e sintomático de agravamento da condição fisiológica da pessoa. É precedida pela alteração de parâmetros vitais.

Deste modo, e atendendo que a deterioração clínica é lenta e progressiva, a PCR em contexto hospitalar é, habitualmente, possível de antecipar (Soar et al., 2015). Alterações fisiológicas, de um ou mais parâmetros, estão associadas a uma maior probabilidade de ocorrer PCR, admissões não planeadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e morte (Soar et al., 2015). Posto isto, é necessária uma observação contínua de modo a detetar e prevenir complicações atempadamente, possibilitando uma intervenção precoce.

Para uma rápida intervenção nos doentes com deterioração do quadro clínico, nos anos 90, foram desenvolvidas pela primeira vez as ERR que, pretendiam permitir um acesso rápido de equipas especializadas no tratamento dos doentes críticos, designadas de Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), aos locais onde se detetava uma deterioração grave do estado clínico dos doentes (Lee, Bishop, Hillman & Daffurn, 1995). Estas equipas foram o ponto de partida para o desenvolvimento dos sistemas de alerta precoce, com o propósito de detetar e ativar ERR, no sentido de travar a degradação do estado clínico dos doentes, antes de atingirem um estado crítico de difícil regressão (DeVita, Hillman & Bellomo, 2017).

Surgiram assim, vários *scores* que integram diferente parâmetros, como o *Score de Alerta Precoce (Early Warning Score [EWS])* e a sua versão modificada (*Modified Early Warning Score [MEWS]*). São *scores* constituídos pela avaliação de parâmetros fisiológicos, que podem ser facilmente adquiridos à cabeceira do doente. Têm por base a avaliação de

sinais vitais e a atribuição de pontos (*scores*), de acordo com as alterações encontradas, permitindo medir o risco de deterioração clínica do doente (Montenegro & Miranda, 2019).

O MEWS é uma ferramenta considerada de simples aplicação, que se baseia numa avaliação, à cabeceira do doente, de cinco parâmetros fisiológicos: Pressão Arterial Sistólica (PAS), Frequência Cardíaca (Fc), Frequência Respiratória (Fr), Temperatura (T) e Nível de Consciência (através da escala AVDS: A – doente alerta; V – responde a estímulos verbais; D – responde a estímulos dolorosos; S – Sem resposta a estímulos) e na correspondente atribuição de pontos, em função do desvio apresentado relativamente aos valores que se encontram padronizados (tabela 1). Quanto mais distante dos parâmetros de normalidade maior é a pontuação (Mezzaroba et al. 2016).

Tabela 1- Modified Early Warning Score

| <i>score</i> | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|----------|----------|----------|----------|-------------|-------------|-----------|
| Pressão arterial sistólica (mmHg) | <70 | 71-80 | 81-100 | 101-199 | | ≥ 200 | |
| Frequência cardíaca (bpm) | | <40 | 41-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | ≥ 130 |
| Frequência respiratória (cpm) | | < 9 | | 9-14 | 15-20 | 21-29 | ≥ 30 |
| Temperatura (°C) | | < 35 | | 35-38,4 | | ≥ 38,5 | |
| AVPU score | | | | Alerta | Reage à voz | Reage à dor | Não reage |

(Ceï, Bartolomei & Mumoli, 2009)

O enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas, que dão indícios de agravamento do quadro clínico e, deve responder às necessidades do doente de forma rápida e dinâmica. Para isso, é importante prever e antever situações de risco e de instabilidade. Considerando que o MEWS tem como objetivo identificar doentes com risco deterioração clínica, é preconizado que este processo seja referenciado ao médico, sob a forma de uma evidência quantificável. Neste sentido, a informação dada pelo MEWS permite que o enfermeiro ofereça uma informação que hierarquize a necessidade de intervenção, e assim, promover um melhor desfecho para o quadro clínico destes doentes. O NICE, em 2007,

elaborou um manual com recomendações específicas onde é prioritária a monitorização de sinais vitais, através de escalas de alerta precoce, por possibilitar uma resposta rápida e individualizada à pessoa internada que se encontra em risco de deterioração clínica.

A qualidade do cuidado e a segurança dos doentes assumem um papel relevante nos dias de hoje, sendo reconhecida como a Era da Segurança (Cassiani, Gimenes & Monzani, 2009). Para promover a segurança dos doentes, numa área dinâmica e complexa, os enfermeiros devem inovar e aprimorar as suas práticas, procurando a excelência do cuidado, com base em evidências científicas robustas e bem desenvolvidas (Pedreira, 2009). Desta forma, pretende-se assim com esta revisão, identificar, na literatura, as evidências que determinam a efetividade de uma escala de alerta precoce modificada, para a segurança da pessoa em risco de deterioração clínica, em contexto hospitalar.

1.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para dar resposta ao objetivo da revisão integrativa da literatura foram seguidas as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (2015) em que a questão de investigação para esta foi formulada de acordo com a mnemónica PICO, chegando-se ao formato PI[C]O: “Qual a efetividade do *Modified Early Warming Score* (I) para a segurança (O) da pessoa em risco de deterioração clínica (P)?” sendo que constitui a população pessoa em risco de deterioração clínica, a intervenção é constituída pelo *Modified Early Warming Score* e o *outcome* a efetividade para a segurança (Tabela 2). Foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão dos artigos que se encontram sumariados na Tabela 3.

Tabela 2- Metodologia PI[C]O para formulação da questão de revisão

| | | |
|------------|--------------------|---|
| P | População | pessoa em risco de deterioração clínica |
| I | Intervenção | <i>Modified Early Warming Score</i> |
| [C] | Comparação | Não aplicável |
| O | Outcome/Resultado) | efetividade para a segurança |

(The Joanna Briggs Institute, 2015)

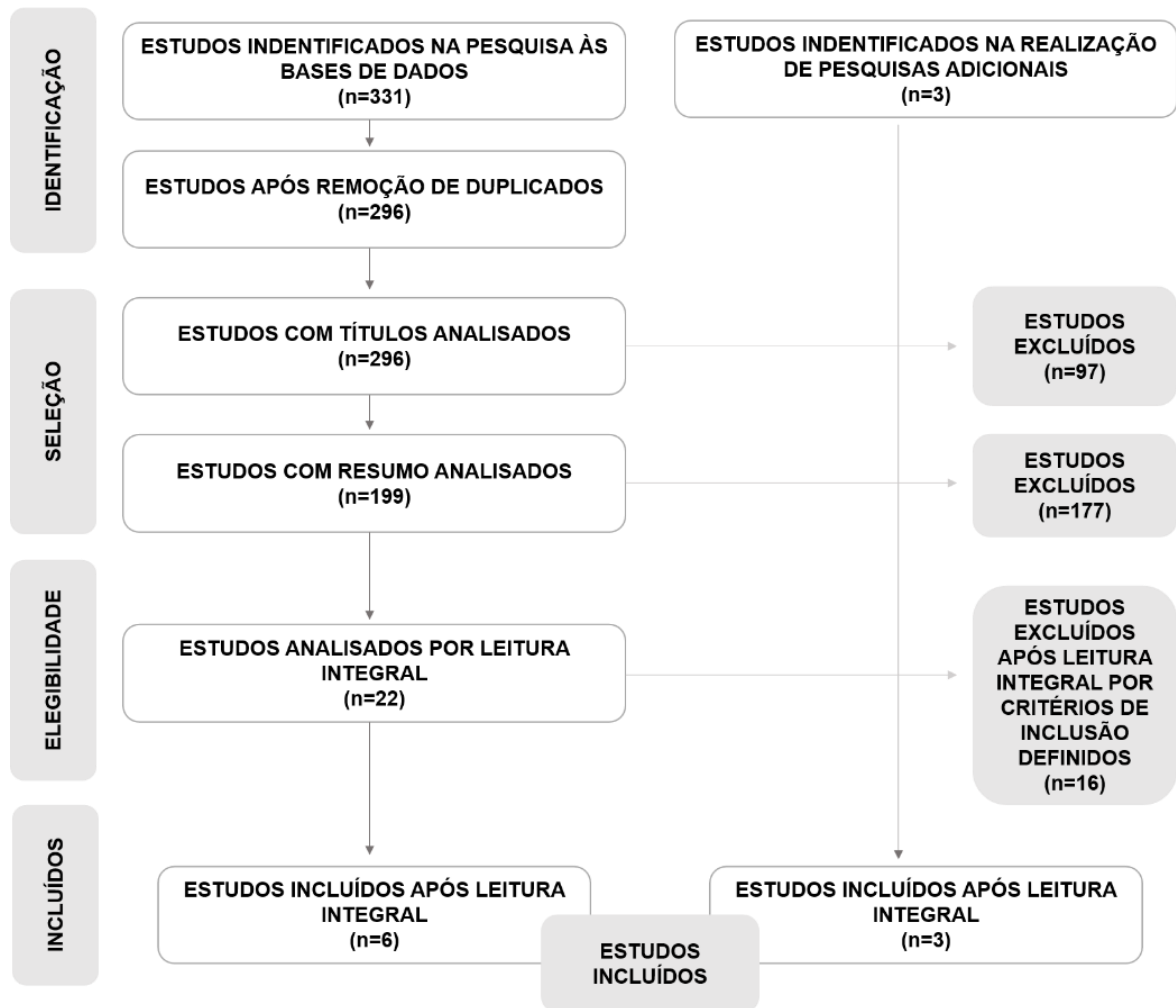
Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

| Critérios de seleção | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|-----------------------------|---|--|
| População | Adulta | Grávidas e pediátrica |
| Intervenção | Aplicação do MEWS aos doentes hospitalizados | |
| Língua | Português e/ou Inglês | Outras línguas que não as selecionadas |
| Data de publicação | 1 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2020 | Estudos anteriores a 2014 |

Os estudos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão/exclusão definidos. Com o intuito de dar resposta à questão orientadora, foi realizada uma pesquisa em diferentes bases de dados, no mês de outubro de 2020 a dezembro de 2020, nomeadamente na B-on, PubMed, CINHALL *with Full Text* e MEDLINE *with Full Text* através do motor de busca EBSCO *host*. Como complemento utilizou-se motor de busca *Google Scholar*. Foram utilizadas combinações de descritores/medical subject headings (MeSH) através dos operadores booleanos “OR” e “AND”: ("modified early warning score" [All fields]) OR ("MEWS" [All fields]) OR ("early warning score" [MeSh Terms]) OR ("early warning system" [All fields]) AND ("patient safety" [MeSh Terms]) AND ("clinical deterioration" [MeSh Terms]) OR ("deteriorating patient" [All fields]).

Foram considerados estudos primários, quantitativos e qualitativos, e revisão *scoping*, sem restrição no tamanho da amostra. No entanto, elegeram-se artigos com texto integral disponível e que não fossem referentes a artigos de opinião. A amostra inicial incluiu 334 artigos. Na sistematização do processo de inclusão dos estudos utilizou-se a metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse) (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). A seleção dos artigos é apresentada no diagrama de fluxo (Figura 1).

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*



(Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009)

1.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No total esta revisão sustenta-se nos resultados de 9 publicações. O processo de avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizado de forma independente por dois revisores utilizando o JBI - *Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument critical appraisal tools (MAStARI)* e o JBI - *Qualitative Assessment and Review Instrument critical appraisal tool* para os estudos de natureza quantitativa e qualitativa, respetivamente.

Como se pode verificar na Tabela 4, reuniram-se dados relativos à publicação em si e metodologia utilizada: tipo de estudo, objetivo do estudo, principais resultados e conclusões.

Tabela 4 - Resumo dos estudos incluídos na revisão

| | |
|---------------------------|--|
| Autor/Ano/País | Ludikhuize, J., Borgert, M., Binnekade, J., Subbe, C., Dongelmans, D., & Goossens, A. 2014. Holanda |
| Tipo de Estudo | Estudo quantitativo, quasi-experimental, randomizado |
| Objetivo do Estudo | Estudar qual o efeito da utilização de um protocolo de avaliação (três vezes ao dia) do MEWS <i>versus</i> a avaliação quando indicado clinicamente, na ativação do Sistema de Resposta Rápida |
| Conclusões | O cálculo do MEWS ocorreu em 70% das vezes, nas enfermarias com protocolo, em oposição a 2% no grupo de controlo. O cumprimento do protocolo esteve presente em 68%, e no grupo de controlo em 4% das avaliações. Ocorreram 90 chamadas para os médicos assistentes nas enfermarias com protocolo, e 9 nas outras. Nas enfermarias com protocolo ocorreram o dobro das chamadas da ERR. A avaliação dos sinais vitais e determinação do MEWS três vezes ao dia resulta numa melhor deteção das anomalias fisiológicas e ativações da ERR mais confiáveis. Avaliações regulares do MEWS pode realmente levar a uma maior segurança do doente. |
| Autor/Ano/País | Mathukia, C., Fan, W., Vadyak, K., Biege, C. & Krishnamurthy, M. 2015. Estados Unidos da América |
| Tipo de Estudo | Estudo observacional |
| Objetivo do Estudo | Analisar experiência dos profissionais e o impacto da implementação do MEWS no atendimento ao doente neste hospital académico universitário |
| Conclusões | A implementação do MEWS neste hospital levou a uma maior utilização do sistema de resposta rápida, e a menores episódios de |

| | |
|---------------------------|--|
| | PCR, tendo sido associado a uma menor taxa de mortalidade, maior segurança do doente e melhores resultados clínicos. |
| Autor/Ano/País | Stafseth, S. K., Grøn- beck, S., Lien, T., Randen, I., & Lerdal, A. 2016. Noruega |
| Tipo de Estudo | Estudo qualitativo exploratório |
| Objetivo do Estudo | Explorar a experiência dos enfermeiros que implementam e usam o MEWS e terem um enfermeiro da UCI que fornece suporte de enfermagem 24h por dia. |
| Conclusões | Surgiram três temas: 1) experiências com o reconhecimento precoce da deterioração clínica utilizando o MEWS, 2) colaboração e partilha de conhecimentos entre enfermeiros e 3) uma nova linguagem precisa, utilizada para comunicar com os médicos. O uso do MEWS e a interajuda foi entendido como uma forma de melhorar os cuidados à pessoa em deterioração clínica, aumentado a sua segurança e melhorando também a colaboração entre os profissionais. |
| Autor/Ano/País | Norman, S., DeCicco, F., Sampson, J. & Fraser, I. M. 2018. Canadá |
| Tipo de Estudo | Estudo quantitativo experimental |
| Objetivo do Estudo | Avaliar se a implementação de uma checklist adaptada (MEWS + cateter urinário <i>in situ</i> + preocupação do enfermeiro) com opções de atuação explícitas, denominada ER-STOP (<i>Emergency Room Safer Transfer of Patients</i>), reduziria em 50% as respostas inesperadas da equipa de cuidados intensivos, à deterioração do doente internado em enfermarias médico-cirúrgicas no período de 24 horas após a admissão no SU. |
| Conclusões | Os resultados indicam que a implantação do ER-STOP na admissão do doente no SU, melhorou os resultados de segurança do doente, reduzindo a deterioração clínica imprevista no período de 24 horas deste a admissão até à transferência para uma enfermaria de adultos. Redirecionou as admissões da enfermaria para as Unidades de Cuidados Intensivos, e verificou-se uma diminuição consequente nas chamadas inesperadas para a equipa de resposta de Cuidados |

| | |
|---------------------------|--|
| | Intensivos, que foram usadas como um índice substituto de segurança do doente, em que uma admissão segura minimizaria o risco de deterioração do doente. |
| Autor/Ano/País | Dalton, M., Harrison, J., Malin, A. & Leavey, C. 2018. Inglaterra |
| Tipo de Estudo | Estudo qualitativo exploratório |
| Objetivo do Estudo | Explorar quais os fatores que influenciam a avaliação do enfermeiro sobre a acuidade do doente e a resposta à deterioração aguda |
| Conclusões | Foram identificados os seguintes temas: 1) intuição e interpretação do <i>score</i> MEWS; 2) a relação com a equipa médica teve alguma influência na avaliação dos enfermeiros, pois tinham a tendência em aceitar a avaliação dos colegas médicos como absoluta, em vez da sua própria avaliação; 3) os enfermeiros confiaram no <i>score</i> MEWS para identificar o doente em deterioração, em vez do seu próprio julgamento clínico da situação. Não encontraram dificuldade em referenciar o doente ao médico quando apresentava um <i>score</i> MEWS alto. A dificuldade surgiu quando o <i>score</i> MEWS foi baixo, levando os enfermeiros a duvidar assim da sua avaliação clínica. |
| Autor/Ano/País | Wood, C., Chaboyer, W. & Carr, P. 2019 |
| Tipo de Estudo | Revisão <i>scoping</i> entre 2008 e 2018 |
| Objetivo do Estudo | Identificar de que forma os enfermeiros utilizam o <i>score</i> de alerta precoce para detetar e agir na deterioração do doente, para garantir a segurança do doente. |
| Conclusões | Existem vários fatores que impedem os enfermeiros de utilizar o <i>score</i> de alerta precoce de forma adequada: a confiança e a experiência entre os enfermeiros, assim como a prévia interação com a ERR. Os enfermeiros usam escalas de alerta precoce para manter a segurança dos doentes hospitalizados, no entanto, sessões de educação com foco na construção da confiança do enfermeiro e aumento de recursos |

| | |
|---------------------------|--|
| | humanos, podem ajudar a melhorar a função do <i>score</i> de alerta precoce e aumentar a segurança do doente. |
| Autor/Ano/País | Cipriano, E.S.V., Salgado, B.S., Oliveira, A.N. & Aguiar, B.G.C. 2018. Brasil |
| Tipo de Estudo | Estudo documental |
| Objetivo do Estudo | Analisar a implementação do score MEWS num hospital privado filantrópico da cidade do Rio de Janeiro. |
| Conclusões | O estudo mostra a efetividade da assistência ao doente após a utilização do MEWS, com a melhoria dos registos, na avaliação de deterioração clínica dos doentes, assim como a ocorrência de óbitos na unidade. A implantação do MEWS neste hospital mostrou-se eficaz, sendo uma excelente ferramenta de avaliação e prevenção da deterioração clínica em ambiente hospitalar minimizando a ocorrência de PCR e óbito. Devido à escassez de estudos, sugere-se necessidade de que sejam realizadas pesquisas sobre esta temática, com a finalidade de explorar melhor esta ferramenta. |
| Autor/Ano/País | Olino, L., Gonçalves, A.C., Stradaa,J.K.R., Vieira, L.B., Machado, M.L.P., Molina, K.L. & Cogo, A.L.P. 2019. Brasil |
| Tipo de Estudo | Estudo quantitativo transversal retrospectivo |
| Objetivo do Estudo | Analisar o registo da Nota de Transferência e a emissão do MEWS realizados pelo enfermeiro em doentes adultos transferidos do SU como estratégia de comunicação efetiva para a segurança do doente |
| Conclusões | Resultados de adesão maior que 80% quanto à realização da Nota de Transferência e do MEWS, mostram que essas ferramentas estão inseridas no trabalho do enfermeiro e a sua aplicação encontra-se em fase de sistematização. Para que haja impacto sobre a segurança do doente, no que toca à qualidade assistencial, à comunicação efetiva e à diminuição de eventos adversos na transferência dos doentes, a Nota de Transferência e o MEWS necessitam ser amplamente |

| | |
|---------------------------|--|
| | implementados e utilizados de forma sistemática pelas equipas a partir de protocolos assistenciais. |
| Autor/Ano/País | Alexandre, A.R., Gomez, C., Marques, A., Nunes, A. & Gomes, J. 2019. Portugal |
| Tipo de Estudo | Estudo de Caso-Controlo |
| Objetivo do Estudo | Avaliar a capacidade discriminativa do MEWS, realizado no momento da alta das UCI, para a identificação de doentes com elevado risco de readmissão precoce |
| Conclusões | A principal mais-valia do estudo prende-se com o elevado valor preditivo negativo (99,7%) que um valor de MEWS = 0 apresentou para a ocorrência de readmissões precoces em UCI, mostrando o potencial do score para aumentar a segurança no momento das altas de doentes internados nas UCI. |

1.4. DISCUSSÃO

O enfermeiro, sendo o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente, desempenha um papel fundamental na sua vigilância e no despiste de complicações, que podem comprometer a sua saúde e retardar a recuperação (Albino & Jacinto, 2010). Estes são responsáveis por registar os sinais vitais dos doentes ou dados resultantes da observação, em períodos regulares ao longo do dia ou conforme requerido, e por ativar a resposta, referenciando os doentes para cuidados ou serviços mais especializados, se necessário (Odell, 2015).

Neste sentido os autores Bleyer et al. (2011) exploraram os sinais vitais de muitas observações e descobriram que o MEWS não era apenas válido, mas também um bom preditor de mortalidade durante a hospitalização.

Segundo Benner (2001), a função de diagnóstico e vigilância é uma das intervenções de enfermagem que contribui para a promoção da segurança da pessoa doente, pois possibilita a deteção atempada de situações de deterioração clínica.

Deste modo, na maioria dos estudos analisados, o cálculo do MEWS foi utilizado para detetar a deterioração clínica, contribuindo tanto para a procura de ajuda diferenciada

(enfermeiro da UCI; médico assistente), como para a ativação de uma ERR, tendo sido diretamente relacionado à diminuição da incidência de eventos adversos (Cipriano, Salgado, Oliveira & Aguiar, 2018; Dalton, Harrison, Malin & Leavey, 2018; Ludikhuize et al., 2014; Mathukia, Fan, Vadyak, Biege & Krishnamurthy, 2015; Norman, DeCicco, Sampson & Fraser, 2018; Stafseth, Grøn-beck, Lien, Randen, & Lerdal, 2016; Wood, Chaboyer & Carr, 2019).

No entanto, de acordo com Olinó et al. (2019) a maioria dos eventos adversos, estão relacionados com a falta de conhecimentos dos profissionais, e a falha de comunicação entre as equipas. Desta forma, a utilização do MEWS foi apontada como um instrumento eficaz da comunicação da deterioração clínica ao médico, permitindo sistematizar achados e apresentá-los de forma objetiva. Os autores reforçam que técnicas corretas de comunicação, com protocolos estruturados, são a base para a promoção de uma cultura de segurança do doente (Ludikhuize et al., 2014, Olinó et al., 2019; Stafseth, Grøn-beck, Lien, Randen, & Lerdal, 2016; Wood, Chaboyer & Carr, 2019).

Andrews e Watermann (2005) apontam que o sucesso do encaminhamento da pessoa em situação crítica, depende da capacidade que o enfermeiro tem de utilizar uma linguagem objetiva, que lhe permita demonstrar evidência de deterioração do estado clínico do doente. Esta capacidade é refletida na forma como a pessoa é avaliada, e tem por base o conhecimento e experiência de cada enfermeiro.

Assim, o processo de deterioração clínica deve ser referenciado ao médico, sob a forma de uma evidência quantificável. Neste sentido, a informação dada pelo MEWS permite que o enfermeiro ofereça uma informação, que hierarquize a necessidade de intervenção.

Sendo que o MEWS fornece *scores* objetivos e quantitativos para avaliação da gravidade do doente, enfermeiros inexperientes sentem-se mais confiantes sobre quando chamar um médico, ou a ERR com o auxílio deste instrumento que os orienta na ação (Mathukia et al., 2015). Também se verificou no estudo de Dalton, Harrison, Malin & Leavey (2018) que o cálculo da MEWS, era realizado apenas para confirmar a situação de deterioração clínica e não para a detetar. Os enfermeiros confiaram neste sistema, para validar as suas próprias conclusões sobre a saúde do doente, e para auxiliar na sua tomada de decisão.

No entanto, os autores também defendem, que a aplicação do MEWS, não deve substituir as habilidades críticas de pensamento clínico dos profissionais, dando destaque à intuição do enfermeiro, para o encaminhamento e pedido de ajuda diferenciada, quando o score MEWS = 0 (Mathukia et al., 2015; Dalton, Harrison, Malin & Leavey, 2018; Stafseth, Grøn-beck, Lien, Randen, & Lerdal, 2016). Portanto, é necessário que o enfermeiro tenha a opção de chamar ajuda diferenciada sempre que estiver preocupado com um doente.

Cipriano, Salgado, Oliveira e Aguiar (2018), após a implementação do MEWS, mostram que houve uma predominância de transferência para UCI e melhoria de 31,35% de ocorrência de óbitos. Além disso, a identificação precoce de doentes que têm necessidades de cuidados críticos, deve melhorar a tomada de decisão clínica e, portanto, pode melhorar os resultados dos doentes. (Stafseth et al., 2016). A admissão precoce na UCI está diretamente relacionada à melhoria de hipótese de sobrevivência (Ludikhuizen et al., 2014). MEWS mostrou ser, assim, uma ferramenta eficaz na avaliação e prevenção da deterioração clínica hospitalar, minimizando a ocorrência de PCR e óbito.

O estudo de Alexandre, Gomez, Marques, Nunes e Gomes (2019), realizado em Portugal, mostrou que os doentes com *score* MEWS = 0 tiveram redução do risco de readmissão precoce na UCI, demonstrando que a principal utilidade do *score* neste contexto, passa pela segurança adicional que este valor trará no momento da alta dos doentes da UCI. Embora valores de MEWS ≥ 1 tenham aumentado o risco de readmissões precoces, a estratégia implementada, passou por prolongar o internamento em UCI até redução do MEWS, ou na transferência para níveis intermédios de cuidados, que permitiu diminuir o risco de descompensação e readmissão precoce na UCI.

Corroborando o supracitado, ações capazes de assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados dos doentes, contribuem para segurança destes, garantem a sequencialidade nos sistemas de saúde, promovem a melhoria dos cuidados prestados, diminuem custos mostrando ser uma estratégia eficaz para a diminuição de eventos adversos (Oline et al., 2019).

Apesar do MEWS ser constituído por cinco parâmetros fisiológicos, concorrendo todos eles para o cálculo do *score*, em dois estudos, obtiveram-se resultados, que destacam que a frequência respiratória é o parâmetro que contribui, com maior precocidade, para o aumento do MEWS. Verificou-se ser este o sinal vital que, quando alterado, melhor prevê a descompensação clínica, consciencializando os profissionais para os padrões respiratórios,

e a importância da frequência e da observação clínica dos movimentos da parede torácica (Alexandre et al. 2019; Stafseth et al., 2016).

No entanto a eficácia de qualquer tipo de intervenção depende do grau de implementação, da conformidade com o protocolo, e do grau de monitorização nos serviços. Uma vez implementado num hospital, é necessário garantir altos níveis de adesão ao MEWS, para permitir o maior potencial de melhorar os resultados do doente (Mathukia et al., 2015). Protocolos bem estruturados são fundamentais para o fortalecimento da cultura de segurança do doente.

Programas de educação podem melhorar o conhecimento e as habilidades dos enfermeiros, ao realizar uma avaliação holística e transferência de um doente em deterioração (Wood, Chaboyer & Carr, 2019). Formar e capacitar os enfermeiros, com foco para a autoconsciência e construção da confiança dos mesmos, podem ajudar a melhorar a função dos sistemas de pontuação de alerta precoce e a segurança do doente (Cipriano, Salgado, Oliveira & Aguiar, 2018; Stafseth et al., 2016).

1.5. CONCLUSÃO

Os artigos analisados revelam que a implementação do *score* MEWS contribui para uma maior utilização do SRR, e a menores episódios de PCR, sendo associado a uma menor taxa de mortalidade, maior segurança do doente e melhores resultados clínicos. Aplicado rotineiramente pode melhorar a comunicação entre enfermeiros e médicos, diminuir os índices de mortalidade, aumentar os internamentos precoces em UCI, aumentar a ativação das EEMI. Para além de avaliar e prevenir deterioração clínica hospitalar, analisa a qualidade da assistência e a segurança do doente e contribui para a tomada de decisão, para a prevenção da deterioração clínica do doente.

Contudo uma adequada avaliação clínica é dependente do treino e experiência dos profissionais, na aplicação do instrumento. Os estudos sugerem uma abordagem que incide na cadeia de prevenção: formação/educação das equipas, na monitorização e no reconhecimento da deterioração, e num sistema que permita pedir ajuda e obter uma resposta eficaz.

Neste caso, para que haja efetividade na assistência ao doente, julga-se importante o investimento em programas de educação permanente, que viabilizem o acesso aos

protocolos e a diminuição de barreiras, que impactam diretamente na avaliação e reavaliação clínica, aumentando substancialmente o tempo de sobrevivência dos doentes.

Salienta-se, que parece ainda existir pouca evidência produzida sobre esta temática, sugerindo-se por isso a realização de estudos, com a finalidade de explorar melhor este instrumento.

Considerando que é no campo das intervenções autónomas que os enfermeiros, preferencialmente, devem explorar novas práticas e desenvolver-se livremente enquanto ciência independente, a implementação alargada do MEWS em serviços de internamento de adultos e idosos poderá contribuir para este fim. Sendo também mais um instrumento ao dispor dos enfermeiros, com o potencial de auxiliar na gestão dos cuidados, contribuindo para a segurança da pessoa doente e para os ganhos em saúde na sociedade em geral.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A formação em enfermagem baseada em competências assume-se cada vez mais como o novo paradigma da aprendizagem, na centralidade da nova lógica das organizações, como *“a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão”* (Rabiais, 2016, p.38).

Tendo por base o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001), o processo de aquisição de competências é algo que ocorre ao longo do tempo, mediante diversos fatores, não sendo inerente a qualquer mecanismo, mas sim algo passível de desenvolvimento. Segundo este modelo, a aquisição e o desenvolvimento de competências, ocorre numa sequência de cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, e apresentam-se através de vários níveis que demonstram as alterações que vão surgindo durante o processo de aquisição de competências.

Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), o enfermeiro especialista é descrito como *“enfermeiro habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo que a aquisição de competências realiza-se de forma dinâmica e evolutiva, pois a prática de cuidados de excelência, está dependente do domínio do contexto aliada ao domínio das capacidades, visando a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001).

Como refere Fleury e Fleury (2001), *“competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros”* (p.187). Deste modo, todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos em contexto profissional ou formativo contribuem de forma relevante para a aquisição das competências especializadas, permitindo ao enfermeiro o exercício de uma prática mais refletida, aperfeiçoada e com um maior sentido (Hesbeen, 2001). Igualmente Benner (2001, p.199) refere que o modelo de Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem, mostra que podemos alcançar a especialização graças à experiência, sendo que

só a prática clínica de cuidados permite a aquisição de competências do enfermeiro com prática especializada, pois “*a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra*” (Watson, 2002, p. 63), justificando, por isso, a pertinência da realização de estágios em diferentes contextos.

De acordo com o supracitado, podemos entender que a prática clínica constitui um dos fatores imprescindíveis para o desenvolvimento de competências, na medida em que é o confronto entre os vários padrões de conhecimento e a ação (prestação de cuidados) que instiga a aquisição de novos conhecimentos e habilidades.

O enfermeiro com experiência na prática clínica encontra-se capacitado a uma compreensão mais competente e aprofundada da situação, conduzindo a um julgamento clínico mais fundamentado e a um comportamento mais racional, menos preso a regras rígidas (Benner, 2001).

Nesse sentido, este curso de Mestrado fomenta a aquisição de competências especializadas no campo da enfermagem, podendo estas ser comuns a todos os enfermeiros especialistas, ou terem um carácter específico em cada área da enfermagem como é o caso da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Para que possam ser reportadas para a prática profissional e na procura do desenvolvimento destas competências, foram realizados estágios em quatro contextos distintos: GCCT, BOU, SUG e UCICCT.

Com a finalidade de partilhar informação e demonstrar competências na qualidade de futura Mestranda em Enfermagem, participei nas X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a publicação de um poster intitulado “*Modified Early Warning Score: um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica*” (ANEXO I, APENDICE I) resultado da realização de uma revisão integrativa da literatura.

Destaco ainda a participação no VI Simpósio de enfermagem 2021, organizado pela Associação de Apoio ao Serviço e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto (ANEXO II).

Deste modo, este capítulo realça as questões relativas a todo o processo de aquisição de competências, sendo elas competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, específicas à Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e competências de Mestre em Enfermagem, tendo por base os objetivos definidos nos projetos de estágio, descrevendo com uma abordagem reflexiva todo percurso nos diferentes contextos de estágio.

2.1. GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO

De acordo com o GCCT (2019, p.1) o *“GCCT é uma estrutura autónoma dotada de recursos humanos especializados na área da coordenação de colheita e transplantação, de equipas pluridisciplinares para a realização da colheita de órgãos e tecidos nos dadores identificados, e de outros profissionais necessários ao seu adequado e eficaz funcionamento, bem como ao controlo da qualidade da atividade”*, sendo que uma das competências do GCCT, é coordenar a atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas, da sua área de referência, com eventual extensão a nível nacional e internacional (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio).

Posto esta definição, o estágio realizado no GCCT, permitiu uma visão objetiva de todos os procedimentos a realizar aquando da identificação de um potencial dador, tornando-se de extrema importância para aquisição de competências na coordenação de colheita e transplante de órgãos e na gestão de cuidados. Deste modo tracei como objetivo Compreender a atividade de coordenação de colheita e transplantação de órgãos e tecidos e a sua relação com os cuidados de enfermagem.

Durante a minha permanência no GCCT, tive oportunidade de compreender e observar a atividade de coordenação de colheita e transplantação de órgãos e tecidos, nas instituições de saúde da sua área de referência, em dador em morte cerebral. O processo de doação de órgãos e tecidos, pode ser definido como o processo que inclui a identificação e avaliação do potencial dador, a obtenção do consentimento para a doação, a manutenção do dador e a recuperação de células, tecidos e órgãos (WHO, 2007).

De acordo com a legislação portuguesa (Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho), em Portugal todas as pessoas são consideradas potenciais dadores até ao momento que se inscrevem no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA). Assim, a atividade de coordenação de

colheita e transplantação de órgãos e tecidos inicia-se com o contacto telefónico do respetivo GCCT para referenciação do potencial dador.

Perante a existência de um potencial dador, é aplicado um conjunto de regras de forma a ser compreensível, todo o procedimento referente à coordenação da colheita de órgãos e tecidos. Neste seguimento importa clarificar o conceito de morte cerebral. A WHO (2007, p.8) define morte cerebral como *“Irreversible cessation of cerebral and brain stem function; characterized by absence of electrical activity in the brain, blood flow to the brain, and brain function as determined by clinical assessment of responses. A brain dead person is dead, although his or her cardiopulmonary functioning may be artificially maintained for some time.”*¹

Após a confirmação positiva das primeiras provas de morte cerebral que comprova o diagnóstico de morte cerebral, é solicitado, pelo Coordenador Hospitalar de Doação ao Coordenador de Colheita e Transplantação a consulta ao RENNDA, que permite avançar com o processo (GCCT, 2019). Com a aceitação do potencial dador e depois da decisão de quais os órgãos a colher, são contactadas as várias unidades de transplante e quando realizadas as segundas provas de morte cerebral, o dador é encaminhado ao BO para se proceder à colheita propriamente dita.

O procedimento de alocação de órgãos, inicia-se com a transmissão de dados médicos do dador ao GCCT, a análise da história médica e dos dados laboratoriais específicos fornecidos pelo Instituto Português do Sangue e Transplantação. Posteriormente o órgão é referenciado a uma determinada unidade de transplantação, considerando os critérios de compatibilidade dos vários recetores.

Os GCCT articulam-se entre si e com as unidades de colheita e de transplantação, bem como com os coordenadores hospitalares de doação e o Instituto Português do Sangue e Transplantação, garantindo a atempada colheita e transplante de órgãos, com a finalidade de coordenar eficazmente a colheita a transplantação de órgãos (Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio).

¹ Tradução: “Cessação irreversível da função cerebral e do tronco cerebral; caracterizado pela ausência de atividade elétrica no cérebro, fluxo sanguíneo para o cérebro e função cerebral, conforme determinado pela avaliação clínica das respostas. Uma pessoa em morte cerebral está morta, embora o seu funcionamento cardiopulmonar possa ser artificialmente mantido por algum tempo.

Pude reconhecer a importância de todo o processo comunicacional e interação do enfermeiro que coordena a atividade, onde foi evidente o trabalho eficiente na coordenação de várias pessoas e entidades em simultâneo para que todo o processo corra bem. O trabalho de equipa na coordenação da doação e transplantação de órgãos ganha ênfase, sabendo que nestes casos intervêm vários grupos profissionais, todos eles devem trabalhar dentro das suas competências para que o objetivo final seja alcançado com sucesso. Trabalhar em equipa, só é possível se existir comunicação e coordenação da mesma para a realização de determinada atividade, onde exista a partilha sinérgica dos papéis e capacidade de cooperar com o objetivo de atingir determinado resultado (Vargas, 2010).

Focando-me na equipa de colheita do BO, ao qual tive oportunidade de acompanhar em três colheitas, onde a sua ação vai para além do procedimento cirúrgico pois é necessário obedecer a protocolos. Verifiquei que a equipa de enfermagem é responsável por toda a preparação do material mediante o tipo de colheita. Numa colheita multiorgânica, que envolve a extração de mais do que um órgão ou tecido, e que abrange uma enorme equipa, é fundamental um grande profissionalismo da equipa de coordenação, para garantir que não haverá falhas no sistema organizativo que condicionem a viabilidade de algum órgão.

Com a chegada do dador à sala deparei-me com uma dualidade de sentimentos. O sofrimento emocional relacionado com a morte cerebral e a doação de órgãos, onde o dador é um jovem, criou uma recriação do “eu” pela proximidade de idades, porque inevitavelmente encarei aquela realidade como se fosse dos “meus”. Para Watson (1985), reconhecer os próprios sentimentos e expressá-los promove o autodesenvolvimento e a autorrealização dos profissionais, o que autentico.

A perspetiva dos enfermeiros sobre a morte e o morrer é condicionada por elementos de natureza vária podendo trazer-lhes sofrimento, quando envolvidos com a morte do doente, particularmente quando se trata de doentes jovens, de mortes inesperadas e, de histórias de vida carregadas por um grande simbolismo afetivo e emocional, tal como descrevem (King & Thomas, 2013). Por outro lado, a transplantação de órgãos e tecidos é, em determinadas situações clínicas, a única terapêutica que permite melhorar a qualidade de vida ou mesmo salvar vidas. Mas, para existir transplantação é, obrigatoriamente necessário haver doação de órgãos e tecidos (Batista, 2018).

Enquanto seres Humanos vulneráveis às questões relacionadas com a morte, não ficando indiferente a estes acontecimentos, o sentimento de saber que se está a trabalhar em

prol dos doentes que necessitam de um órgão para transplante, contribuindo para uma melhoria na sua qualidade de vida é motivador.

A transplantação de órgãos constitui um dos maiores avanços a nível da Medicina nos últimos anos, estes permitiram melhorar a forma de colheita, preservação de órgão, bem como o processo de transplantação, registando-se um aumento do número global de transplantes. Portugal assumiu assim uma posição de relevo uma vez que é um dos melhores países do mundo nesta área, no entanto o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente para responder às crescentes necessidades dos candidatos a transplantes (Despacho nº 14341/2013).

A colheita de órgãos é um procedimento complexo que requer um trabalho organizacional muito minucioso para que sejam garantidos não só os órgãos para transplantação, mas também a sua qualidade. Foi-me dada a oportunidade de acompanhar a equipa a uma colheita de órgãos torácicos, mais propriamente colheita de pulmão e vivenciar em tempo real ao seu transplante.

A transplantação trata-se de um processo que se inicia com a doação de um órgão, constituindo uma alternativa segura e eficaz para o tratamento de doenças, que causam insuficiências ou falências de órgãos ou tecidos, determinando melhor qualidade e perspetiva na vida das pessoas (Soffker, Bhattarai, Welte, Quintel & Kluge, 2014). Observei a diferença de um órgão doente para um órgão saudável, no momento da transplantação, e logo surge um sentimento de realização quando pensamos que vamos devolver qualidade de vida aquela pessoa e à sua família.

Para que isto aconteça a viabilidade dos órgãos é uma das principais preocupações e objetivo da equipa multidisciplinar e foi visível a importância de ser colocada em prática uma adequada preservação, de forma a garantir ao recetor a qualidade do órgão e, consequentemente, uma diminuição das complicações que poderão estar associadas à transplantação.

Face ao explanado, o GCCT desenvolveu um projeto de investigação que envolveu outros profissionais, nomeadamente o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GPL-PPCIRA), que denominou de “*Redução da contaminação microbiológica do líquido de preservação de órgãos no perioperatório*”. O seu desenvolvimento permitiu identificar os momentos de risco de potencial de contaminação dos órgãos, no período perioperatório e introduzir

alterações na prática cirúrgica, assumindo uma importância significativa para o recetor e para a organização. Verifica-se que tem vindo a diminuir a contaminação microbiológica através da monitorização, que o GCCT, mantém sobre os resultados analíticos de controlo microbiológico do líquido de perfusão de órgão (Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, 2019).

O desenvolvimento deste projeto permite o reconhecimento das competências do *Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, sendo que uma das competências é *maximizar a intervenção na prevenção e controlo de 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 e nas competências comuns do *domínio da melhoria contínua da qualidade* como nas competências do *domínio da gestão dos cuidados* (Regulamento N.º 429/2018, 2018).

Neste seguimento e de acordo com Leprohon (2002), só se consegue uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, por meio de uma atualização constante dos conhecimentos e competências de enfermagem. Durante o estágio tive oportunidade de participar na reunião para o processo de melhoria da qualidade, onde foram discutidas, quais as evidências documentais a apresentar, para dar resposta aos critérios definidos pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems*². Esta experiência permitiu-me compreender que a enfermagem é uma profissão que aspira o desenvolvimento da melhoria da qualidade, que permite progredir para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a conquista de cuidados de enfermagem de excelência.

A realização deste estágio permitiu a aquisição das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, nomeadamente as competências do *“domínio da responsabilidade ética e legal*, competências do *domínio da melhoria contínua da qualidade”* e competências do *“domínio das aprendizagens profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Por fim, tendo em conta a minha experiência, dei um valor diferente à equipa de colheita, tal como a equipa de coordenação onde a sua importância é maior, pois dela depende o sucesso e a qualidade do transplante.

² Entidade acreditadora independente, que supervisiona e acredita unidades de saúde, em todo o mundo, seguindo padrões de qualidade, baseados nas melhores práticas internacionais.

Sabendo que em algumas doenças terminais, o transplante é a única possibilidade terapêutica para esses doentes se tornarem novamente produtivos na sociedade. Mas para existir transplante é necessário existirem dadores. Por isso, as equipas de coordenação, manutenção e colheita de órgãos a partir de dadores em morte cerebral são imprescindíveis para que continue a existir transplante.

2.2. BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA

O estágio - A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, foi realizado, numa segunda fase, no Bloco Operatório de Urgência (BOU) de um hospital central da Grande Lisboa. Este campo de estágio consentiu uma multiplicidade de experiências, o que me permitiu aprender e crescer enquanto profissional. Sendo a minha primeira experiência neste contexto, enquanto profissional de saúde, as experiências vivenciadas foram essenciais para compreender a importância do papel do enfermeiro em Bloco Operatório (BO).

O facto de no BO o ambiente ser marcado por um constante avanço científico e tecnológico, quer de equipamentos como de técnicas cirúrgicas e anestésicas, aliado a doentes com patologias cada vez mais agressivas e com históricos de variadíssimas doenças, e comorbilidades associadas e tendo em conta o estado de consciência e de dependência dos doentes, faz com que os cuidados dos enfermeiros sejam imprescindíveis e diferenciadores nestes serviços.

Os cuidados perioperatórios são definidos pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.9), como o *“conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”*. A filosofia de trabalho do BO está assente em duas vertentes nomeadamente a técnico-científica e a relacional. O cuidar em BO consiste nos seguintes pressupostos: manter um ambiente físico, emocional e psicológico seguro, avaliar a necessidade de cuidados específicos e executá-los e despistar e atuar em complicações.

Ser enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. São profissionais experientes e especializados que com competência cuidam do doente, num ambiente seguro em todas as fases dos cuidados perioperatórios (AESOP, 2006).

De forma a desenvolver atividades na procura de aprendizagens, os objetivos de estágio foram definidos a partir do objetivo geral Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica em contexto de perioperatorio e objetivos específicos (1) Desenvolver competências especializadas no âmbito das funções do enfermeiro de anestesia e circulante em contexto de perioperatorio, (2) Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem no acolhimento do doente em Bloco Operatório de Urgência.

O BO é constituído por oito suites operatórias: seis destinadas para cirurgias programadas, uma suite operatória exclusiva para cirurgia urgente, uma suite operatória reservada para doentes com suspeita ou confirmação de Doença do Coronavírus (COVID-19) e uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Os enfermeiros são distribuídos pelas salas de cirurgia consoante a sua experiência e competência profissional nas diferentes especialidades cirúrgicas. Segundo Benner (2001) as competências dos enfermeiros do BO vão-se alargando ao longo da sua vida profissional, sendo estas desenvolvidas de uma forma gradual e ao longo do tempo, estando condicionadas à capacidade de interiorização, reflexão e às características de cada um.

No perioperatório estas competências abrangem quatro áreas diferentes: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro de cuidados pós anestésicos. Cada função é diferente, é necessário adquirir e desenvolver competências específicas para cada uma delas (AESOP, 2006).

Durante o período de integração, o acolhimento, apoio e incentivo da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar, determinou o meu desempenho a consolidação de conhecimentos adquiridos na teoria.

Colaborei na circulação da sala com a enfermeira de circulação, abrindo material e fornecendo-o sempre que necessário para a mesa cirúrgica respeitando toda a técnica asséptica, procedi a registos de enfermagem, apliquei a lista de verificação pré cirúrgica. O enfermeiro circulante tem atribuições específicas de responsabilidade, no que se refere à segurança do doente e equipa cirúrgica além de ser o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico, nomeadamente na segurança do ambiente; no controlo da infeção; na gestão de riscos e ainda na gestão organizacional da suite operatória (AESOP, 2006).

Ainda nas funções de circulante, colaborei no posicionamento seguro do doente, na marcação operatória, tendo como objetivo permitir a melhor exposição cirúrgica com o

mínimo de desconforto para o doente. Segundo a AESOP (2006, p.72) *“Um pequeno erro de posicionamento pode deixar sequelas permanentes num doente”*. É fundamental implementar medidas de segurança e providenciar recursos humanos e materiais necessários para o posicionamento. Desta forma são protegidas as zonas de pressão, protegidas possíveis zonas de contacto com metais e líquidos, prevenindo queimaduras; previne-se o comprometimento das funções respiratória, circulatória e compressão nervosa. Importa também assegurar que o posicionamento não dificulta a monitorização do doente e os acessos vasculares.

Para a AESOP (2017) o fenómeno da hipotermia no perioperatorio também tem sido alvo de reflexão. A manutenção da temperatura corporal no que concerne à normotermia³ e promoção do conforto, constituem prioridades nos cuidados à pessoa doente/vulnerável. Na suite operatória, colaborei com a enfermeira orientadora na prevenção da hipotermia, monitorizando continuamente a temperatura corporal na fase intraoperatória, providenciando sistemas de aquecimento nos doentes (sistema de ar forçado, infusão de fluidos aquecidos). Após a cirurgia é providenciado lençol aquecido, cobertor e roupa antes da transferência do doente para a UCPA. Os ambientes tendencialmente frios são aqueles que os enfermeiros devem estar mais despertos na mensuração do conforto térmico, uma vez que prejudicam o conforto da pessoa devendo-se monitorizar a temperatura por forma a evitar-se a hipotermia. Sendo em contextos e tempos diferentes chamo a texto Florence Nightingale (1860, p.12) quando na sua teoria Ambientalista nos diz que *“(...) conservar o ar que ele respira tão puro como o ar exterior, sem o deixar sentir frio”* (...) *“constitui o primeiro princípio de toda a atenção dos enfermeiros mesmo em ambientes bem ventilados”*.

Neste processo formativo, também me foi dada a oportunidade de colaborar com a enfermeira de anestesia na reposição e manutenção de todo o tipo de material, equipamento e fármacos indispensáveis ao ato cirúrgico. Pude igualmente colaborar na entubação dos doentes com tubo orotraqueal, recorrendo a indução anestésica com a técnica de sequência rápida, verificando e mantendo a permeabilidade da via aérea, o correto posicionamento e fixação do tubo, à vigilância de parâmetros respiratórios, a avaliação da adaptação do doente à prótese ventilatória.

³ A normotermia é definida como a manutenção da temperatura central entre 36°C e 38°C (AESOP, 2017)

Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro de anestesia tem como funções: prevenir, reduzir, e controlar a ocorrência de situações de risco, pelo fato do doente estar sob o efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência; garantir o bem-estar físico e psicológico; verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de acordo com o doente e os protocolos instituídos, para evitar fatores de risco acrescido, pela possibilidade de ocorrência de falhas na previsão dos mesmos; colaborar eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras anestésicas e promover um ambiente terapêutico seguro.

Após as cirurgias, acompanhei os doentes à UCPA, transmitindo à enfermeira do recobro as ocorrências do doente sobre os procedimentos realizados e os cuidados pós-cirúrgicos.

É o enfermeiro de anestesia que faz a recepção e o acolhimento do doente, no BO, onde se exige o desenvolvimento de competências relacionais. Ao longo do estágio tive oportunidade de realizar o acolhimento ao doente na chegada ao BO e vivenciar, *in loco*, a importância que o acolhimento tem nos cuidados de enfermagem neste contexto. Ao realizar o acolhimento, o enfermeiro, valida a verificação pré-operatória que envolve a colheita de informação com acesso ao processo clínico do doente e a verificação da assinatura do consentimento informado, dado que este, protege o direito do doente à autodeterminação e autonomia relativamente à intervenção cirúrgica sendo da responsabilidade legal do médico cirurgião a sua obtenção.

O enfermeiro perioperatório deve avaliar a capacidade de tomada de decisão do doente, confirmando toda a informação prestada e esclarecendo eventuais ideias erradas. Um consentimento assinado deve ser um consentimento informado, isto é., um consentimento não é apenas uma imposição legal, é uma medida de planeamento, que prepara os doentes para a intervenção cirúrgica, assegurando uma compreensão clara do procedimento (Rothrock, 2008; AESOP, 2006). Estas premissas visam proteger, promover a liberdade individual e o respeito pelas decisões tomadas por cada um, desde que sejam esclarecidas. A ação de informar encontra-se formalizada no dever de informar, inscrito no artigo 105º da Deontologia Profissional do Enfermeiro. A figura do consentimento informado está bem explícita na Lei 156/2015 ao afirmar que o enfermeiro tem o dever de “*atender com responsabilidade e cuidados todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem*”. Deodato (2010, p.81) considera o dever de

informar um cuidado garantindo que “*não é acessória*”, mas sim uma “*entidade cuidativa autônoma*”.

Com esta análise e as atividades desenvolvidas demonstro a aquisição das duas competências presentes no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*: “*desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” e que “*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

O acolhimento é o cartão-de-visita do BO, onde as primeiras impressões do doente são fundamentais no decorrer do seu percurso neste contexto. O enfermeiro acompanha o doente desde a sua chegada a este local, à suite operatória e ao recobro. É no acolhimento que o enfermeiro em contexto perioperatorio se constitui diferenciador no âmbito da humanização dos cuidados através da empatia e escuta ativa. A disponibilidade do enfermeiro em estar presente, esclarecer dúvidas e/ou receios e responder às necessidades mais urgentes do doente no momento do acolhimento, são ações que ajudarão o doente a sentir conforto e diminuição do medo (Pereira, Soares & Russo, 2016).

O acolhimento é também fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o doente nos procedimentos a que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress (Giron & Berardinelli, 2015). O stress de intensidade variável que se revela nos comportamentos e nas expectativas fruto da imprevisibilidade, do desconhecido, paralelamente à ideia de que o BO é um local de esperança onde vai ser recuperada a saúde, gera medo e insegurança.

Como exemplo da minha prática recebi à porta do BO o jovem A., de 17 anos, que ia ser submetido a exploração da ferida e tenorrafia na mão direita, cuja lesão foi consequência de acidente pessoal com um copo de vidro. Apresentei-me como sendo umas das enfermeiras que iria acompanhá-lo desde aquele momento até à sua transferência para o recobro. Validei com o jovem A. a sua identificação, o estar em jejum, as alergias, expliquei o procedimento cirúrgico a ser realizado, verifiquei o consentimento informado, dando espaço ao doente de expressar as suas dúvidas, relacionados com a intervenção cirúrgica, que pudessem estar na origem de fatores de ansiedade/stress. Apesar de não ser a primeira vez que iria ser operado, era a primeira vez que não estava acompanhado da sua mãe,

exteriorizando alguma ansiedade pela situação clínica atual, que se manifestava pela labilidade emocional que apresentava.

Expliquei de uma forma calma e pausadamente, que estaria sempre acompanhado de profissionais que o vão auxiliar em todo o processo, e também de todos os procedimentos que irá passar desde aquele momento até ao acordar na UCPA. Direcionei as minhas respostas para as questões que o doente ia colocando, abrangendo assim aspetos que são essenciais. O jovem A. agradeceu e justificou que o motivo da sua ansiedade, também se devia ao facto de a sua lesão na mão ser consequência de uma discussão com o seu irmão gémeo, mostrando-se apreensivo que, por esse motivo, agora se deparasse com esta situação de vulnerabilidade.

Reconhecer a vulnerabilidade do outro leva-nos a pensar sobre a nossa própria. Coloquei a minha mão sobre o seu ombro e acrescentei que faltaria muito pouco para voltar a abraçar o seu irmão, tentando criar um clima de confiança, dando-lhe conforto e segurança, que muitas vezes não surge imediatamente. Para que esta relação surja é necessário que eu adquira as ferramentas necessárias para “chegar” aquela pessoa e minimizar as suas preocupações.

Neste momento é fundamental que o discurso seja dirigido às necessidades do doente, para que o ato de receber no BO seja mais do que uma “mera” transferência e acima de tudo um cuidado humanizado e centrado no doente. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com o doente, alcançando-o através da comunicação de forma a identificar as suas necessidades e proporcionar uma melhor qualidade dos cuidados (Machado, Ouro & Santana, 2015). Encaminhei o doente até à suite operatória, auxiliiei no seu posicionamento, monitorizei-o e de seguida coloquei o aquecimento, promovendo o conforto e a normotermia.

A presença, a disponibilidade, a empatia para com o doente, foram fatores contributivos para o seu conforto e segurança. Através da empatia pretendi estabelecer uma harmonia constante, transmitir paz, o conforto, pois o entendimento são sentimentos que resultam desta presença transcendente (Chalifour, 1992).

Face ao explanado, de acordo com a AESOP (2006), os doentes cirúrgicos, são doentes especialmente vulneráveis pela sua situação clínica e experiência a que vão ser sujeitos e por dependerem de estranhos a quem vão confiar para cuidar da sua pessoa e do

seu corpo. Estes doentes por estarem sedados ou anestesiados, ficam mais suscetíveis e vulneráveis à ocorrência a qualquer tipo de risco ou acidente.

A análise desta vivência proporcionou-me pensar na importância do enfermeiro junto do doente durante o acolhimento ao BO. O acolhimento é uma postura ética traduzindo-se em escutar o doente e reconhecer o seu protagonismo no processo de saúde-doença (Schimiguel & Cenciarelli, 2015), e desta forma manter a premissa de que cuidar é *“proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”* (Watson, 2002, p.55).

Face à pandemia que estamos a atravessar, onde o sorriso fica “escondido” atrás da máscara, enfatizo a importância da comunicação não-verbal utilizada, nomeadamente o toque e contacto visual. Este tipo de comunicação torna-se essencial para aproximar o enfermeiro do doente e tornar este o centro da relação. A comunicação não-verbal contempla as expressões corporais e de comportamentos que suportam as relações verbais entre as pessoas contribuindo para o seu significado (Phaneuf, 2005). Somos pessoas que cuidam de pessoas e isso é algo real e verdadeiro. O contacto visual revela-se fundamental para que ocorra uma aproximação entre o enfermeiro e doente pois, como diz o povo os “olhos são o espelho da alma”. O contacto visual demonstra a vontade de ouvir, o respeito para com o outro e também permite que os indivíduos se observem mutuamente (Potter, Stockert & Perry, 2013)

O doente antes de ser doente é pessoa com toda a sua “imensidão” representativa, forma de estar e agir perante o mundo. O respeito pela dignidade e singularidade do doente é fundamental para que a prestação de cuidados seja holística. O cuidado centrado na pessoa deve ser norteador de toda a equipa multidisciplinar no BO. O enfermeiro perioperatório é um profissional facilitador do processo de transição, promovendo o cuidado transicional através da valorização do doente, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal traduzindo-se num maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2012).

Refletindo acerca do supracitado, toda esta experiência, permitiu-me fortalecer as Unidades de Competência *“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”*, *“Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* e *“Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

De acordo com o disposto no Despacho n.º 11/2002 (2002) os Serviços de Urgência (SU), são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde, em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. Têm como missão a prestação de cuidados diferenciados e especializados em todas as situações clínicas de instalação súbita em que se encontra estabelecido ou eminente o risco de falência ou compromisso das funções vitais. Em muitas situações, são estes os serviços que servem de porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde.

O estágio decorreu num SU que é definido como uma Urgência Médico-Cirúrgica, o segundo nível de resposta das situações de urgência, isto é, fornece uma resposta permanente nas valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, ImunoHemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica. As especialidades clínicas de Cardiologia, Neurologia, Urologia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia ou Oftalmologia estão disponíveis de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas. Fora deste horário, o SU funciona em articulação com o SU polivalente de referência enviando as pessoas que necessitam de observação por médicos destas especialidades clínicas (Despacho n.º 10319/2014, 2014). O SU dispõe também de uma viatura médica de emergência e reanimação, integrada no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a qual possibilita o início da abordagem à pessoa em situação crítica antes de esta chegar ao hospital.

Os autores Howard & Steinmann (2011) definem enfermagem de urgência, como sendo uma área da enfermagem caracterizada pela necessidade de uma intervenção rápida, eficiente e sustentada, pela necessidade de o enfermeiro ter que se adaptar constantemente a novas situações e pela capacidade de trabalhar sob pressão e stress.

Face à pandemia que atravessamos, houve uma urgente necessidade de remodelar as áreas de atendimento do SU e ajustar os equipamentos e materiais, de modo a criar um circuito independente para atendimento de doentes, com suspeita e confirmação de COVID-19. Foram criados circuitos, traçados meios de isolamento de áreas físicas específicas como a criação de uma área de atendimento para casos suspeitos e confirmados de coronavírus. A COVID-19 exigiu das entidades prestadoras de cuidados de saúde e dos seus profissionais

um enorme esforço, sacrifício e criatividade de reorganização e adequação dos recursos face às novas necessidades, sobretudo daqueles que desempenham funções no SU.

O SU é, na maioria das vezes, o recurso mais próximo do cidadão para o acesso aos cuidados de saúde e a sua porta de entrada. Num cenário pandémico, o quadro não foi diferente, por isso, foi desviado o fluxo de doentes menos urgentes, isto é, com pulseira verde ou azul, para os centros de saúde.

Durante o estágio em SU, a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica centrou-se essencialmente na Sala de Observação (SO) e Sala de Reanimação do circuito COVID-19 e SO do circuito limpo. Com esta oportunidade foi-me permitido assim envolver-me na organização do circuito da pessoa em situação crítica, tendo em conta o seu nível de prioridade. São nestes setores que são prestados cuidados de nível intermédio ou intensivo, implicando a vigilância, monitorização permanente das pessoas e cuidados à família.

Aqui foi necessário mobilizar os diversos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente os conhecimentos adquiridos durante o curso de Suporte Avançado Vida (SAV).

De forma a desenvolver atividades na procura de aprendizagens, os objetivos de estágio foram definidos a partir do objetivo geral Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica em contexto de Urgência e os objetivos específicos delineados para este estágio: (1) Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral.; (2) Desenvolver competências na avaliação do risco de deterioração clínica da pessoa doente, através da escala *Modified Early Warning Score*.

Em relação ao objetivo com Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral, durante todo o período de estágio foi promovida a integração na equipa multidisciplinar, onde sublinho o papel do enfermeiro orientador enquanto gestor da equipa e facilitador neste processo, ao incluir-me nas atividades da equipa e permitindo-me, também, colaborar na prestação de cuidados, absorvendo cada experiência e intervenção diferenciadora e especializada, sendo que o modo como foi feita a minha integração na

equipa, se constituiu como um aspeto relevante e construtivo na minha aprendizagem. Segundo Benner (2001), a experiência é essencial para se obter conhecimento. É através da prática clínica nos diversos contextos que se obtém conhecimento e se desenvolve competências que permitem uma prestação de cuidados de qualidade.

Unidades como o SU são locais propícios à ocorrência de comunicação menos eficaz devido à necessidade de rápida e eficiente gestão da condição da pessoa, o que pode acarretar erros (Burley, 2011). Uma das estratégias padronizadas para transmissão de informação para uma continuidade de cuidados, neste SU, é a técnica ISBAR⁴. Em 2017, a DGS emite a norma 001/2017 “*comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*”, onde é definido que a transferência de informação entre os profissionais de saúde, durante a transição de cuidados e para segurança do doente, deve obedecer a uma comunicação eficaz, devendo ser padronizada e normalizada recorrendo à técnica ISBAR.

Esta norma surge no âmbito do proposto no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 que tinha como objetivo, maximizar a prestação de cuidados de saúde seguros em todos os níveis de cuidados no Serviço Nacional de Saúde, recorrendo a objetivos estratégicos, como por exemplo, o aumento da segurança da comunicação.

Deste modo, no Posto de Estadia Curta (PEC) e SO, no final de cada turno, são agrupados os seguintes dados de cada pessoa doente: I – Identificação (nome e n.º do processo, idade); S/B – Motivo de internamento, antecedentes pessoais, família; A – Avaliação neurológica, respiração/ventilação, hemodinâmica e/ou hemoderivados, medicação, nutrição, eliminação, tegumentos; R – Exames/outro, necessidade de equipamentos de proteção individual, plano/observações. O ISBAR melhora a comunicação, diminui o tempo para transmissão de informação, facilitando o tratamento e uma resolução mais rápida da situação que afeta a pessoa, ou seja, melhora a transição de cuidados.

Corroborando o supracitado, segundo os autores Cavaco e Pontífice-Sousa (2014) a passagem de turno em enfermagem assegura a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, que deve ser clara, sem ambiguidades e sistematizada, de modo a evitar a banalização desse momento, contribuindo para a qualidade dos cuidados e segurança do doente.

⁴ ISBAR é a sigla que corresponde a: Identify (identificação), Situation (situação atual), Background (antecedentes), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendações) (DGS, 2017)

A utilização da técnica de comunicação ISBAR, na transição de cuidados neste SU, constituiu uma oportunidade de sistematizar a comunicação verbal e escrita com os colegas, o que me permitiu desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da comunicação, mobilizando uma ferramenta específica para esse efeito, contribuindo para a promoção da segurança do doente (DGS, 2017).

Relativamente a sala de reanimação, a avaliação da pessoa foi efetuada seguindo a mnemónica ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), nomenclatura reconhecida internacionalmente, permitindo-me organizar o pensamento criando desta forma prioridades de intervenção, não descurando a estabilidade e o tratamento emergente (Miller, 2014). A própria disposição do material facilitou a priorização e um acesso rápido exigido nas diferentes situações. Esta avaliação inicial rápida e imediata, permite a intervenção atempada nas alterações que possam ser uma ameaça para a vida. Apesar de serem apresentados de forma sequencial, estes momentos, são frequentemente realizados em simultâneo pela equipa o que carece de uma comunicação constante entre os membros e a coordenação de um líder (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2018).

Cuidar da pessoa em situação crítica, em sala de reanimação, requer o conhecimento interdisciplinar, a gestão de prioridades e tomada de decisão, bem como uma equipa com competências na abordagem à pessoa em situação crítica, reanimação e comunicação (Ummenhofer et al., 2001). As várias situações de PCR que presenciei e nas quais pude intervir em colaboração durante o estágio, constituíram importantes momentos de consolidação de aprendizagens e de mobilização de algoritmos outrora apreendidos, nomeadamente de SAV, mas não utilizados com frequência no meu contexto de exercício profissional (AHA, 2016).

Ainda em sala de reanimação, colaborei na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, para o qual foi acionada a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC). O protocolo da VVAVC tem como grande objetivo conseguir que todos os doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) de origem isquémica cheguem em tempo oportuno a um hospital, tenham acesso rápido a um diagnóstico definitivo e, nos casos elegíveis, a tratamento de reperfusão. Esta Via Verde pretende ser um sistema facilitador do acesso à terapêutica fibrinolítica, com o objetivo de reduzir, o mais possível, o tempo entre a entrada no hospital e o início do tratamento.

A fibrinólise tem como objetivo melhorar ou restabelecer o fluxo sanguíneo cerebral pela recanalização e reperfusão do tecido isquêmico (Alonso de Leciñana et al., 2014). Contudo a eficácia deste tratamento é tempo-dependente exigindo que o mesmo não ultrapasse a janela terapêutica das 4,5 horas após o início dos sintomas, momento a partir do qual os riscos da terapêutica de reperfusão ultrapassam os seus benefícios (Catanese, Tarsia & Fisher, 2017).

Objetivando desenvolver habilidade instrumentais e aprofundar conhecimento, colaborei na avaliação através da escala de NIHSS⁵ (*National Institutes of Health Stroke Scale*) e rigorosa monitorização de sinais vitais, administração da terapêutica trombolítica, bem como na vigilância das possíveis complicações associadas a este fármaco. É fundamental vigiar sinais de hemorragia, agravamento do défice neurológico e possível reação alérgica a terapêutica, nomeadamente o angioedema.

De acordo com a Unidade de Competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363), foi possível tomar conhecimento de protocolos estabelecidos e para os quais não estava familiarizada. Reconheci e compreendi a importância das *golden hour* (American Heart Association, 2016), da gestão dos tempos, da qualidade dos cuidados na fase aguda e a intervenção precoce, de modo a prevenir a lesão cerebral secundária e consequentes sequelas, que podem ser determinantes para o um melhor *outcome* neurológico.

Tive ainda oportunidade de colaborar na prestação de cuidados ao doente com pneumotórax espontâneo, cetoacidose diabética, edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio, COVID-19 sob Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação Não Invasiva e em choque hipovolémico. Adotei uma postura proativa na preparação e administração de terapêutica, punção de acesso periférico, monitorização hemodinâmica, entubação naso e orogástrica, algaliação, bem como colaboração em técnicas médicas (como colocação de linha arterial), desenvolvendo assim, a minha capacidade de antecipação e de gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional.

⁵ A escala de NIHSS para avaliação sequencial de défices neurológicos na fase aguda é composta por 11 itens sendo cada um deles mensurável de acordo com o défice apresentado (Luiz & Lerner, 2015).

Assim, considero que também nesta perspetiva foi atingido uns dos objetivos a que me propus, bem como o desenvolvimento da competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica “*Cuida da pessoa família/cuidador a vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

O facto de o enfermeiro orientador possuir o grau de Mestre, e ser o chefe da equipa possibilitou que muitas das decisões de cariz ético e relacionadas com o processo saúde-doença, fossem refletidas e tomadas em conjunto, permitindo avaliar tanto o processo como os resultados das mesmas, tendo em conta essas vertentes. Dado, no seu conteúdo funcional estar também a de gestor, pude acompanhá-lo em atividades de supervisão e gestão de cuidados, tal como o preconizado no “*Domínio de Gestão de Cuidados*”, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745). Aprendi, desta forma, que as capacidades de liderança, gestão de cuidados e de recursos e de articulação da equipa multiprofissional são fundamentais para a prestação de cuidados com segurança e qualidade em contexto de SU, serviço que atinge diariamente lotação máxima e onde a rotatividade de doentes é elevada. Acompanhar de perto a função do enfermeiro gestor de cuidados permitiu-me perceber a sua abrangência e importância, no que toca sobretudo à delegação de tarefas, gestão de vagas, acolhimento e transferência de doentes para outros serviços, o que exige concentração, segurança na tomada de decisão e competências de liderança, de forma a evitar o erro.

No que diz respeito ao objetivo Desenvolver competências na avaliação do risco de deterioração clínica da pessoa doente, através da escala *Modified Early Warning Score*, apliquei a escala a todas as pessoas a quem prestei cuidados, nos postos SO e SO COVID.

O programa informático deste SU, denominado Soarian[®], permite o cálculo automático do *score* MEWS, após a introdução dos seguintes parâmetros: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e nível de consciência, verificando que a pontuação obtida mais frequentemente foi entre 1 e 5. Pontuações de 5 ou mais estão associadas ao aumento do risco de mortalidade e internamento em unidades com maior capacidade de vigilância (Neto, Braga, Carneiro, Alencar & Pinheiro, 2020)

De acordo com o NICE (2007), deve ser feita uma estratificação do risco de acordo com a pontuação obtida na MEWS, sugerindo três níveis de risco: o baixo, o médio e o alto. A definição de três níveis de risco auxilia na melhor conduta a ser desenvolvida. Uma vez

obtida a pontuação MEWS, as minhas subseqüentes intervenções de vigilância foram orientadas de acordo com esse valor, sistematizando a monitorização dos parâmetros definidos pela escala e parâmetros como a saturação periférica de oxigénio, o débito urinário, a glicémia capilar, os valores analíticos, gasométricos e a dor, em situações clínicas que o justificassem, como insuficiência respiratória aguda, acidose metabólica e insuficiência renal aguda. A frequência da monitorização foi aumentada aquando da alteração dos parâmetros, e foi comunicada ao médico responsável, promovendo, deste modo, uma deteção atempada da deterioração clínica e resposta adequada (NICE, 2007).

A literatura diz-nos que a utilização destas escalas de alerta precoce, é benéfica no sentido de uniformizar a avaliação do doente, permitindo uma resposta oportuna com recurso a uma linguagem comum (Ludikhuizen et al., 2014; Olino et al., 2019; Stafseth, Grøn-beck, Lien, Randen, & Lerdal, 2016; Wood, Chaboyer & Carr, 2019).

Reconheço que a estratégia de aplicar o score MEWS para identificar o risco de deterioração clínica do doente, em SO, determinou, assim, a vigilância adequada para um nível de cuidado inferior, como o PEC e posteriormente partilhar os resultados com a equipa deste serviço, assumiu-se como uma estratégia de sucesso de sensibilização junto dos mesmos, para a promoção da segurança do doente.

No SU aspetos como a sobrecarga de trabalho resultante da complexidade e aumento da exigência perante a pessoa em situação crítica, a falta de pessoal diferenciado e experiente que apoie a tomada de decisão, problemas de sobrelotação, são apontados como causa subjacente à dificuldade em identificar atempadamente a deterioração clínica da pessoa (National Patient Safety Agency, 2007). Estes dados permitem destacar a importância do desenvolvimento de mecanismos que permitam de modo simples e eficiente a identificação precoce do risco de mortalidade dos doentes de acordo com parâmetros simples e objetivos, recolhidos diariamente na prática dos enfermeiros. (Luís, 2014).

Como estratégia de intervenção na equipa, em conjunto com o enfermeiro orientador, propus-me desenvolver um plano de formação com o objetivo de capacitar os enfermeiros na aplicação da escala de MEWS, como instrumento na identificação de sinais de deterioração do estado clínico do doente, sistematizando a avaliação e a monitorização clínica da pessoa em PEC e em SO, incluindo esta atividade no *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, e no *Domínio da melhoria continua da qualidade de*

acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A viver um cenário pandémico são cada vez mais os elementos recém-chegados à equipa. Tive oportunidade de conversar com alguns destes elementos e a maioria confirmou que desconheciam escala de alerta precoce MEWS, salientando e reconhecendo a importância da minha intervenção, pois esta possibilitou não só tomarem conhecimento da escala como uma ferramenta fácil de usar “à cabeceira do doente” e que pode efetivamente ser de grande ajuda no reconhecimento de doentes com potencial para a deterioração clínica.

Incentivei ao registo do MEWS no Soarian®, exemplificando, bem como a pertinência da sua aplicação na prestação de cuidados e promoção da segurança da pessoa doente, tendo construído uma ferramenta de consulta rápida com a escala de MEWS, e respetivo protocolo de atuação, a qual facultei aos elementos da equipa. Com o mesmo objetivo elaborei uma apresentação intitulada de “*Segurança da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção do Enfermeiro na avaliação e deteção precoce da deterioração clínica*”, cujo material foi enviado para o correio eletrónico institucional dos elementos da equipa.

Considero que a realização desta atividade contribuiu para consciencializar os enfermeiros, melhorar as intervenções de enfermagem na deteção da deterioração clínica, ao mobilizar um recurso existente no serviço - a escala MEWS. A metodologia utilizada para a divulgação da informação - correio eletrónico institucional - foi considerada dado nos parecer ser a forma mais prática, rápida e exequível para os enfermeiros do SU nestes temo pandémicos. Esta atividade também me auxiliou na minha consciencialização, para a deteção do risco de deterioração clínica dos doentes e tratamento atempado, e permitiu a diminuição de barreiras que existiam na comunicação com outros enfermeiros e com a equipa médica.

Objetivando, a realização de todas as atividades supracitadas, muito contribuíram para as aprendizagens no âmbito das intervenções/cuidado especializado à pessoa em situação crítica e na mobilização de conhecimento na área de especialidade reconhecendo serem um *outcome* a implementar no meu local de trabalho.

2.4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) estão integradas no conceito de unidades de cuidados, onde estão dispostas áreas distintas e organizadas com tecnologia específica e avançada. Requerem a concentração de saberes e competências diferenciadas, na qualificação de recursos humanos que permitam dar resposta aos objetivos para que foram criadas, tratando-se de “*locais qualificados para assumir responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*” (Ministério da Saúde, 2003, p.6).

Corroborando o supracitado, Sheehy (2011) refere que as UCI são serviços dotados da mais alta tecnologia e de profissionais de saúde diferenciados, com um leque de conhecimentos específicos e aprofundados na área da reanimação, assistência à pessoa em situação crítica em falência multiorgânica, que requerem frequentemente uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCICCT) de um Hospital da Grande Lisboa. O serviço é constituído por Enfermaria, BO e a UCI. Esta UCICCT recebe maioritariamente doentes provenientes do BO da Cirurgia Cardiotorácica, da Enfermaria, de outros serviços do hospital e de outras Unidades Hospitalares, desde que cumpram os critérios de admissão. É considerada um centro de referência de transplante pulmonar e transplante cardíaco, disponibilizando também equipamentos de terapias intensivas avançadas como o balão intra-aórtico ou a Membrana de Oxigenação Extracorporal para o cuidado à pessoa.

Na UCICCT existe espaço para 9 camas de adultos e 5 de crianças em *Open-Space* e 3 de isolamento (2 quartos de pressão positiva e 1 de pressão negativa) que podem ser ocupadas por adultos ou crianças.

O método de trabalho preconizado é o método individual, o qual apresenta vantagens como maior individualização dos cuidados, satisfação do doente, traduzindo-se em maior segurança e confiança. Este método permite a globalidade e a relação interpessoal com os doentes/família obtendo um conhecimento geral do doente e dos seus problemas, permitindo uma visão holística dos mesmos (Manthey, 2009). Cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados aos doentes que lhe são distribuídos, no rácio de 1:2, no entanto, na admissão

dos doentes provenientes do BO ou em situações de emergência, é preconizado o método de trabalho em equipa, revelador de um elevado grau de maturidade da equipa em se adaptar às necessidades existentes. Cabe ao enfermeiro chefe de equipa a atribuição dos doentes a cada enfermeiro.

A área de trabalho do enfermeiro encontra-se à cabeceira do doente onde os enfermeiros podem realizar os seus registos e manter a observação constante sobre os doentes que têm à sua responsabilidade, indo de encontro às recomendações do Ministério da Saúde (2003, p.38), referindo que “(...) a observação do doente far-se-á, preferencialmente, através de uma linha direta de visão entre doente/enfermeira.”

Os cuidados de enfermagem a prestar à pessoa e família submetidos a cirurgia cardíaca/torácica são complexos e exigentes e tecnicamente muito diferenciados (Santos, Laus & Camelo, 2015). Desta forma os objetivos para este estágio foram definidos a partir do objetivo geral Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioracica. Como objetivos específicos foram delineados: (1) Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioracica, (2) Desenvolver competências na utilização de estratégias de comunicação com o doente submetido a entubação orotraqueal e sua família e (3) Desenvolver competências na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica posicionada em decúbito ventral.

A integração e a adaptação no serviço foram um processo amplo e constante, sentindo inicialmente dificuldades referentes à organização da dinâmica funcional do serviço. Aqui, socorro-me de Benner (2001), quando afirma que os enfermeiros com nível superior de competência numa dada área podem ser classificados como principiantes quando expostos a uma situação desconhecida. Estas dificuldades foram superadas com a motivação por aprender, com a consulta de documentos, normas, protocolos procedimentos utilizados nesta Unidade de forma a sustentar intervenções de enfermagem autónomas e especializadas juntamente com o *background* de uma equipa competente e com uma forte relação de equipa, aliado à sua grande disponibilidade para me receber, em proximidade, favorecendo a minha integração.

Senti necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos em áreas tão vastas e específicas como as patologias e cirurgias cardíacas mais frequentes a que os doentes são submetidos, escalas de avaliação da dor nos doentes sedados, inconscientes e ventilados, ventilação mecânica invasiva, balão intra-aórtico, transplante cardíaco e pulmonar, interpretação de gasometrias arteriais entre outros, utilizando a consulta das normas e procedimentos existentes no serviço, pesquisa bibliográfica online, livros e revistas de enfermagem, bem como conversas e reflexões com a enfermeira orientadora e restantes colegas, de modo a conseguir intervir adequada e atempadamente junto do doente com base na evidência científica e atuando com conhecimento no despiste precoce de complicações. A promoção da pesquisa bibliográfica é um importante fator para a ciência do cuidar, acrescentando que é um dos métodos que permite o controlo, a antecipação e, consequentemente, a autocorreção dos profissionais de saúde (Watson, 1985).

Pelo atrás referido foi-me possibilitado colaborar na prestação de cuidados desde a receção do doente, no pós-operatório imediato até ao regresso a casa. A receção do doente é realizada por dois enfermeiros que, em conjunto com os profissionais do BO, realizam a primeira observação procurando identificar eventuais focos de instabilidade. Após o doente estar devidamente instalado, isto é, conectado à prótese ventilatória, monitorizado, alarmes ajustados, com as drenagens torácicas conectadas em aspiração de baixa pressão, medicação em perfusão em curso e estabilizado (sinais vitais dentro dos parâmetros expectáveis, calmo e sem dor aparente), são realizados os primeiros registos. Estes são feitos em folha própria e completados informaticamente no SClínico®. Esta plataforma permite a realização de registos com base no processo de enfermagem, pois os planos de cuidados são elaborados utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) promovendo a utilização de uma metodologia científica na sua elaboração e o recurso a uma linguagem própria e padronizada de enfermagem (Figueira et al., 2018).

Os Sinais Vitais são avaliados e anotados na folha de registos numa frequência de hora a hora até à extubação do doente e posteriormente de duas em duas horas no doente clinicamente estável.

Cabe ao médico anestesista programar os parâmetros do ventilador, aquando da chegada do doente do BO, no entanto, e à medida são realizadas gasometrias ele otimiza os parâmetros do ventilador face à necessidade do doente. O momento ideal para a extubação e suspensão da ventilação mecânica invasiva é recomendado nas primeiras horas do pós-operatório, preferencialmente antes das seis horas após a chegada à unidade. A permanência

do tubo orotraqueal por mais de 6 horas, podendo variar entre 6 a 48 horas, terá maior probabilidade de possíveis complicações no pós-operatório (Fonseca, Vieira e Azzolin, 2014).

O processo de desmame da ventilação mecânica é definido como um período de transição do suporte mecânico ventilatório total ou parcial à ventilação espontânea, podendo ser abrupta ou gradual (Tavares, Teixeira e Faria, 2018). O Enfermeiro da UCICCT domina completamente os cuidados ao doente ventilado incluindo o procedimento de extubação do doente. Quando considera que o doente está apto para a extubação, e após interrupção da sedação, o enfermeiro coloca o doente em ventilação sincronizada mandatória intermitente (SIMV ou *synchronized intermittent mandatory ventilation*), e contacta telefonicamente o médico de serviço a informar do procedimento.

Durante o estágio pude colaborar na execução desde procedimento, preparando todo o material necessário e tendo em consideração aspetos como o estado neuro psicológico compatível com a ventilação espontânea; equilíbrio metabólico; estabilidade da função cardíaca; reflexo de tosse presente; quantidade reduzida de secreções brônquicas (Severino, 2016). A realização e interpretação de gasometria arterial antes do desmame, durante e após a remoção do tubo orotraqueal é fundamental para avaliar a ventilação, a oxigenação, o equilíbrio ácido-base e a resposta às intervenções terapêuticas permitindo assim perceber a progressão do estado hemodinâmico, completando com o exame físico, do doente.

A comunicação constitui uma ferramenta básica na prestação de cuidados de enfermagem. Contudo, em ambiente de UCI, a comunicação com pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, torna-se um desafio suportada no conseguir a melhor e mais adequada estratégia para compreensão mútua, direcionada para a satisfação das necessidades da pessoa alvo de cuidados. Durante o processo de desmame ventilatório inicia-se o processo de redução da sedação, sendo que por isso o doente acorda, mas ainda incapacitado de comunicar verbalmente. A comunicação com os doentes é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016). Os doentes que estão internados no contexto de UCI, são frequentemente privados da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação oral, devido à presença de um tubo orotraqueal (Hoorn, Elbers, Girbes, & Tuinman, 2016).

A literatura nos diz-nos que são vários os instrumentos utilizados para implementar estratégias, permitindo uma comunicação rápida e eficaz (Handberg & Voss, 2018). Quadros

de comunicação, escrita (através de papel e caneta), listas de atividades/perguntas (com frases pré-estabelecidas) e solicitar a ajuda de outros profissionais, são algumas das ferramentas/estratégias facilitadoras da comunicação, utilizadas pelos enfermeiros (Holm & Dreyer, 2018). A comunicação por gestos ou movimentos da cabeça, a possibilidade de comunicação escrita ou respondendo a questões simples e diretas carecendo de resposta tipo sim/não, constituíram algumas das estratégias facilitadoras desta comunicação, que pude observar por parte da enfermeira orientadora e de outros profissionais do serviço.

Foi possível constatar, que doentes levemente sedados ou sem qualquer sedação, demonstraram que querem comunicar, independentemente da sua situação crítica e das suas fragilidades físicas. Sendo assim, o enfermeiro deve estar dotado de estratégias e técnicas de comunicação, (alternativa e aumentativa) uma vez que esta é o veículo para todas as suas intervenções (Matos, 2012). Ao acordar da sedação, os doentes, frequentemente ficavam agitados devido à entubação orotraqueal e à ventilação assistida.

No sentido minimizar este impacto, comecei por chamar os doentes pelo nome, procurando um tom de voz calmo, apresentei-me e esclareci que já teriam sido intervencionados, que a cirurgia correu bem. Posteriormente pedi para deixarem o ar entrar, e reforcei que o “tubo” seria retirado assim que fosse possível. Este fornecer de informação é considerada por também por Watson (1985), como uma medida de conforto, evidenciando a importância de uma informação explícita, no processo de redução de medos e ansiedade inerentes aos momentos de stress de um internamento em UCI. Como forma de transmitir tranquilidade, demonstrar afeto e iniciar a interação utilizei o toque. De seguida realizei perguntas simples e dirigidas (“Tem dor? Tem dificuldade em respirar?”), procurando que os doentes conseguissem responder acenando/abanando a cabeça.

Numa situação em particular, com uma doente internada há várias semanas sob ventilação mecânica invasiva, sempre que a condição assim o permitia, era-lhe fornecido papel e caneta para que conseguisse expressar as suas necessidades através da escrita. Estrategicamente, a doente, utilizava o toque sonoro na grade da cama, através do oxímetro, sempre que queria comunicar com a equipa de enfermagem.

Ser confrontada com esta dificuldade durante o estágio e posteriormente, utilizando estas estratégias, foi possível gerir de forma eficaz a forma como comunico com o doente ventilado, facilitando a relação enfermeiro-doente ventilado. Através da melhoria da comunicação com o doente, torna-se mais fácil ir de encontro àquelas que são as suas

perspetivas e os seus desejos, criando uma ligação entre a parte técnica dos cuidados e o bem-estar do doente. Não só se consegue gerir a comunicação de forma eficaz, potenciando uma relação terapêutica, como se torna mais fácil a avaliação, por exemplo, de sentimentos do doente. Não existe ninguém melhor para transmitir e quantificar/qualificar a dor que sente, senão o próprio. O enfermeiro, enquanto facilitador neste processo de transição saúde-doença, pode adotar estratégias simples que diminuam a vulnerabilidade psicológica e social decorrentes dessa limitação física (Meleis et al., 2000).

Nesta perspetiva, no contexto da pandemia por COVID-19, um dos grandes desafios colocados às organizações de saúde foi certamente, manter a proximidade e a comunicação entre o doente internado e a sua família, dada a realidade da limitação das visitas para os doentes internados. De forma a manter a comunicação e proximidade entre o doente e família/pessoa significativa, a equipa da UCICCT adotou a videochamada como estratégia facilitadora de aproximar os doentes e os seus familiares/, e deste modo, diminuir a ansiedade de ambos como consequência da limitação de visitas.

Face ao explanado foi assim possível fortalecer competências nas Unidades de Competência *“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”*, *“Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* e *“Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Durante o estágio também tive a oportunidade de realizar um turno no BO com objetivo de assistir a uma cirurgia cardíaca, e adquirir conhecimentos relacionados com o contexto perioperatorio e aqui mais especificamente do período intraoperatório, de forma a articulá-los com os cuidados prestados no pós-operatório imediato. Assisti a uma cirurgia de substituição de válvula aórtica biológica com circulação extracorporal. Acompanhei o doente desde a entrada no BO, na fase de indução anestésica, compreendi em parte o procedimento cirúrgico com a explicação dada pelo cirurgião e posteriormente o encaminhamento até à UCICCT, onde colaborei nos cuidados na admissão e estabilização do doente.

O pós-operatório imediato é complexo pela necessidade de cuidados específicos ao doente submetido a cirurgia cardíaca cuja situação de saúde sofre mudanças constantes e

abruptas. Requer observação contínua e intervenções de enfermagem imediatas e precisas, sendo essencial um planeamento prévio e científico para o atendimento especializado viabilizando a qualidade do processo pós-operatório (Santos, Laus & Camelo, 2015).

De forma a retirar sangue, líquidos, ar ou coágulos excedentes da cirurgia presente dentro do tórax do doente, submetido a cirurgia valvular ou de bypass, são colocados dois drenos torácicos (mediastino e pleura) que podem estar adaptados nas extremidades ao recipiente *Cell Saver* (tem por objetivo a recuperação do sangue do próprio doente para re-infusão) durante as primeiras horas do pós-operatório. Posteriormente este sistema é substituído por um sistema de drenagem com selo de água. Além de aspirações baixas e contínuas aplicadas aos drenos, de forma a mantê-los permeáveis, o enfermeiro deve ter o cuidado de manipula-los, através da técnica de ordenha manual. Tive oportunidade de realizar esta técnica, que tem o propósito de desalojar a formação de coágulos e envolve manipulações como apertar, torcer ou amassar (Silva & Brito, 2015). Tal medida aumenta a sucção interna na tubuladura e tem a finalidade de manter a permeabilidade do sistema de drenagem, além de remover ou evitar coágulos, considerados potenciais causadores de tamponamento cardíaco.

Associada às drenagens torácicas acima referidas, à sutura operatória e à ventilação mecânica invasiva, a maioria dos doentes, após cirurgia cardíaca, sofre de dor moderada a grave (Santos et. al, 2015). Os mesmos autores descrevem que a intensidade da dor mantém relações diretas com os sinais vitais apresentados pelo doente, pois mudanças na frequência cardíaca, respiratória e na tensão arterial, principalmente, determinam a dimensão da dor e a sua influência no pós-operatório (Santos et al., 2015). Como tal é dever do enfermeiro atuar no controlo eficaz da dor pois, para o doente, esta contribuirá para o agravamento da sua situação como um todo. Tal é enfatizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015, p.97) no seu Código Deontológico Artigo 89º *“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados atenção à pessoa como uma totalidade única (...) b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”*.

Avaliar e monitorizar a dor no doente, na UCICCT, tornou-se um desafio porque estes doentes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade, e porque inicialmente sentia que o meu foco de atenção a “fugir” para o problema inicial e não na dor que daí resulta. A avaliação da dor nos doentes ventilados e/ou sedados passa por entender que muito mais do que um fenómeno subjetivo e

multidimensional. Nestas situações, a dor, torna-se um fenómeno sob o qual a pessoa não consegue expressar-se nem exteriorizar sentimentos. Nesta unidade, para a avaliação da dor nestes doentes, é utilizada a escala *Behaviord Pain Scale* (BPS)⁶.

Esta é considerada uma escala multidimensional, uma ferramenta adequada para doentes que não possuem, ao momento da avaliação, de capacidade de comunicar tanto por sedação como por ventilação mecânica invasiva (Hsiung, et al. 2016).

Assim, pela observação, colaborei no seu preenchimento e atribui cada item ao seu indicador fazendo no final o somatório dos itens observados.

Quanto maior o *score* obtido maior a dor experienciada pelo doente avaliado. De acordo com os valores obtidos foram realizadas intervenções farmacológicas (administração analgesia, conforme prescrição médica) e não farmacológicas (otimização de posicionamento, massagem de conforto), procurando gerir de forma diferenciada a dor da pessoa em situação crítica, submetida a cirurgia cardíaca/torácica.

No doente não comunicativo é necessário observar as suas reações em repouso e durante os cuidados ou técnicas. É necessário valorizá-las, quantificá-las e instituir medidas adequadas no controlo da dor, registando o que foi observado e realizado bem como a resposta às medidas tomadas, para que haja continuidade de cuidados.

Ao iniciar-se o desmame da medicação opióide, com a evolução do pós-operatório, o doente fica mais desperto adquirindo maior mobilidade. Tais fatores são contributo para o aumento da dor, ganhando mais relevância as intervenções não farmacológicas. Sempre que realizávamos a massagem (dorso-lombar), a maioria dos doentes referiram, que provocava uma sensação de conforto e alívio que desviava a atenção do estímulo doloroso. Também foi possível observar a eficácia da imobilização do tórax, durante o posicionamento e levante do leito, como forma de controlo analgésico, incentivando os doentes a realizá-la de forma autónoma. Estas experiências deram ênfase, à importância de adotar medidas não farmacológicas, complementares ao alívio da dor no pós-operatório imediato.

Neste contexto a abordagem sistemática da dor foi uma intervenção de enfermagem presente na minha prática, tendo colaborado na prestação de cuidados de enfermagem que

⁶ Escala de avaliação de dor comportamental que possui na sua composição a expressão facial; movimentos dos membros superiores (em repouso) para verificar os tónus muscular e a adaptação à ventilação mecânica invasiva (DGS, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013)

visam a gestão da dor da pessoa em situação crítica, tais como avaliação, monitorização, reavaliação, registo e implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

Com esta aprendizagem foi possível desenvolver competências, de acordo com o disposto na Unidade de competência do enfermeiro especialista, pois este deve fazer “...gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando a resposta” constante no Regulamento n.º 429/2018 (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Face à complexidade da sua situação clínica e necessidade de recurso a técnicas invasivas, a pessoa em situação crítica encontra-se numa posição de vulnerabilidade acrescida ao risco de infeção (Regulamento nº429/2018, 2018). Existe neste serviço uma grande preocupação na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, preocupação que é acrescida quando se trata de doentes transplantados.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente submetido a transplante pulmonar, onde os principais problemas enfrentados são a rejeição do órgão, a terapêutica imunossupressora, o risco de infeção e as complicações físicas e psicológicas (Hoffman et al., 2006). O transplante pulmonar é uma situação peculiar dado todos os cuidados de isolamento protetor que estes doentes requerem, permitindo-me a mobilização de conhecimentos e competências na área da prevenção de infeção. A imunossupressão, ao mesmo tempo que evita a rejeição, possibilita o risco de infeção. Assim, defendem Doenges, Moorhouse e Murr (2014) que as prioridades para os enfermeiros são: prevenir a infeção, maximizar a função do órgão, promover a independência funcional e envolver a família na função de suporte físico e emocional.

Face ao explanado, durante o cuidado prestado à pessoa, , cumpri com absoluto respeito a rigorosa lavagem das mãos ou a desinfeção com solução antisséptica de base alcoólica, prévia e após o contacto com o doente, assim como o uso de equipamento de proteção individual que constitui uma atividade permanente.

Adicionalmente, na realização ou colaboração em procedimentos invasivos adotei sempre a técnica asséptica e procurei realizar a leitura das normas n.º 021/2015 da DGS “Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”, e a norma n.º 022/2015 da DGS “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central”, pois existe preocupação acrescida pelos enfermeiros em cumpri-

las, devido ao elevado número de doentes com presença de cateter venoso central e/ou submetidas a ventilação mecânica invasiva.

Em toda a panóplia de intervenções aos doentes nesta Unidade, foi meu objetivo diminuir a vulnerabilidade do doente, executando todos os planos de cuidados de acordo com as normas preconizadas, contribuindo para o desenvolvimento da competência “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” no Regulamento 429/2018 (Regulamento 429/2018, 2018, p. 10364).

Uma realidade vivenciada na UCICCT são as complicações associadas à cirurgia cardiotorácica. Ao longo do estágio acompanhei o pós-operatório da doente, submetida a tromboendarterectomia pulmonar. O pós-operatório desta intervenção cirúrgica é considerado complexo, onde as complicações cirúrgicas podem ser comuns a outras cirurgias cardiotorácicas (arritmias, atelectasias, infeção da ferida, derrame pericárdico e delírio), podendo também ocorrer complicações com prejuízo significativo para as trocas gasosas, com subsequente hipoxemia (Gonçalves, 2018). Já sob oxigenoterapia nasal de alto fluxo, entre a 2ª e 3ª semana do pós-operatório da doente., houve um agravamento da hipoxemia, com necessidade de reintubação com a finalidade de retomar ventilação mecânica invasiva.

Para além da terapêutica de suporte instituída (oxigénio suplementar, ventilação mecânica e óxido nítrico) uma das intervenções também adotadas foi o decúbito ventral. Segundo os autores Mota, Sousa, Bico e Marques (2020), a posição decúbito ventral (prone position) torna a ventilação mais homogênea, diminuindo a distensão alveolar ventral e o colapso alveolar dorsal. Neste contexto, existe uma redução da compressão pulmonar, levando a um aumento da perfusão. O posicionamento do doente em decúbito ventral pode ser complexo, até mesmo para uma equipa experiente. A *Joint Commission International* (2017), recomenda como medida de qualidade e de segurança, o estabelecimento e o uso de diretrizes e/ou protocolos para orientar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Deste modo, é fundamental que as equipas estejam previamente aptas à implementação deste posicionamento.

Junto da enfermeira orientadora, a mesma partilhou que este procedimento levantou algumas dúvidas na equipa de enfermagem, por se tratar de um procedimento pouco usual

na UCICCT. Tendo em conta esta particularidade, achámos que haveria potencial para melhoria através da otimização em termos de formação, contribuindo para aumentar e atualizar o conhecimento junto da equipa.

De forma eficaz e eficiente, tendo por base a evidência científica, realizei pesquisa bibliográfica de modo a constituir uma apresentação/guia orientador, onde foi identificada a técnica mais adequada para realização do decúbito ventral, e identificadas as intervenções/cuidados de enfermagem necessários ao doente submetido a decúbito ventral através das *guidelines* mais recentes. Elaborei uma apresentação intitulada de “*Decúbito Ventral/Prone Position: Cuidados de Enfermagem*” cujo material foi enviado para o correio eletrónico institucional da enfermeira orientadora e enfermeira chefe do serviço, posteriormente facultado aos restantes enfermeiros da equipa. Tratando-se de um método de apresentação expositivo, com recurso a imagens, foi também disponibilizado no ambiente de trabalho dos computadores da UCI o que facilita a sua consulta pelos profissionais, aquando do surgimento de dúvidas nas várias etapas de execução do referido posicionamento.

Face ao exposto anteriormente, as várias etapas do posicionamento em decúbito ventral, foram alvo de prática, encorajando e consciencializando a equipa de forma a simplificar a sua execução, diminuir o risco de intercorrências e contribuindo para reduzir eventuais complicações. No regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4749) está descrito que uma das funções do enfermeiro especialista é “*responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*”. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de conhecimento nesta área, obter uma sequência na organização dos cuidados a prestar ao doente, e sistematizar de forma padronizada as intervenções, com rigor e qualidade. Este conhecimento agora reforçado, será transmitido aos meus colegas na prática do serviço de Medicina onde, pela prestação de cuidados a doentes COVID-19, muitas vezes com necessidade urgente de intubação orotraqueal em enfermaria, pelo agravamento súbito da patologia, esta prática se tornou recorrente.

Para garantir a segurança do doente e do profissional é recomendado o conhecimento e treino da técnica (Mota et al., 2020). O conhecimento das complicações e a sua prevenção são a chave para a segurança do doente quando posicionado em decúbito ventral. Também a Ordem dos Enfermeiros (2017), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, descreve que o enfermeiro especialista deve gerir o risco

e ambiente na prevenção de complicações, com recurso à vidência científica e à elaboração de protocolos ou normas de atuação.

Assim, considero que também nesta perspetiva foi atingido uns dos objetivos a que me propus, incluindo esta atividade no *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n° 140/2019, 2019).

3. CONCLUSÃO

O presente relatório representa o culminar de uma etapa de formação profissional, com a finalização do ciclo de estudos, referente ao curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, etapa. esta que se considera fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, que se espera ser repercutora de mudança de comportamentos e atitudes, para uma prática que objetiva perseguir a excelência.

A excelência no cuidar requer dos enfermeiros constante aquisição e atualização de conhecimentos suportados na evidencia para acompanhar os avanços tecnológicos e científicos, num sinergismo com desenvolvimento de competências na prática.

A elaboração deste relatório constituiu-se uma mais-valia pela consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios, permitindo uma reflexão, aprofundamento e categorização de experiências vivenciadas. Procurei abordar todos os aspetos decorrentes da aprendizagem ao longo dos estágios realizados, mas também de toda a jornada formativa deste curso de Mestrado, realizando uma caracterização dos contextos clínicos em que decorreram os estágios, de modo a enquadrar e contextualizar os momentos de aprendizagem ocorridos e experiências vivenciadas.

Segundo Deodato (2008), uma prática reflexiva está associada à aprendizagem construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser um profissional que, na sua tomada de decisão, tenha sentido crítico, com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica de enfermagem, de forma a apoiar a sua prática. Para a reflexão na prática de enfermagem em contexto de estágio, a teoria de Patrícia Benner foi o fio condutor, revelando-se adequada, permitindo que as aprendizagens decorrentes da prática clínica em estágio conduzissem à aquisição e desenvolvimento de competências.

Este percurso formativo foi marcado por uma constante pesquisa da literatura, onde saliento a realização da revisão da literatura como método de implementar as etapas de um trabalho científico, promovendo a criação e partilha de conhecimento e consequente desenvolvimento de competências de mestre.

A gestão dos cuidados e priorização dos mesmos foi uma das dificuldades sentidas durante a realização dos estágios, no sentido em que a intervenção de enfermagem é díspar relativamente ao meu contexto profissional, por todos os recursos tecnológicos e ambiente envolvente. A variedade de patologias diagnosticadas nos doentes e situações de falência orgânica ou multiorgânica que exigem uma complexa monitorização hemodinâmica e recurso a técnicas invasivas, tornaram-se um desafio ao meu desenvolvimento. Porém, em cada contexto pude expor as minhas dúvidas e dificuldades, desenvolver pensamento crítico e reflexão fundamentada junto dos enfermeiros orientadores e outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo que os mesmos se assumiram como vetores no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Assumo que os vários desafios foram objeto de análise e reflexão, utilizando-os como vetor no processo de desenvolvimento profissional e pessoal.

No âmbito da intervenção do enfermeiro na avaliação e deteção precoce da deterioração clínica do doente, destaco as competências desenvolvidas na aplicação do *score* MEWS no SU, contribuindo para a promoção da segurança dos doentes, consciencializando e promovendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros ao partilhar os resultados da investigação realizada sobre as intervenções de enfermagem na deteção da deterioração clínica, mobilizando um recurso existente no serviço, a escala MEWS. Assim, a realização desta atividade contribuiu para a aprendizagem em contexto de estágio, percecionando que ao mobilizar o conhecimento apreendido na área de especialidade ele será futuramente aplicado no meu contexto profissional.

Espera-se no final deste percurso continuar a contribuir para a excelência do cuidar em enfermagem quer através de ações a desenvolver na prática, quer na colaboração da formação dos futuros enfermeiros e na investigação como forma de sustentar a nossa praxis.

Com a aquisição destas novas competências, estou ciente de que me foram alocadas “ferramentas”, fundamentais para a melhoria contínua dos cuidados prestados no meu contexto de trabalho. Nem sempre a tomada de decisão foi fácil e nem sempre o trilho traçado inicialmente foi o implementado, contudo, estamos cientes que todas as opções feitas foram com vista a uma melhoria para a prática dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albino, A. P., & Jacinto, V. (2010). Implementação da Escala de Alerta Precoce EWS. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão. Retrieved from file:///C:/Users/USER/Downloads/artigo_EWS_final%20(1).pdf.
- Alexandre, A.R., Gomez, C., Marques, A., Nunes, A. & Gomes, J. (2019). Modified Early Warning Score como Preditor de Readmissões Precoces Numa Unidade de Cuidados Intensivos: Um Estudo de Caso-Controlo. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26 (3), 208-214. doi:10.24950/rspmi/O/93/19/3/2019.
- Alonso de Leciñana, M., Egido, J. A., Casado, I., Ribó, M., Dávalos, A., Masjuan, J., ... Vivancos, J. (2014). Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurologia*, 29 (2), 102–122. doi:10.1016/j.nrl.2011.09.012.
- American College of Surgeons & Committee on Trauma. (2018). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual (10th ed.)*. Chicago: American College of Surgeons.
- American Heart Association (2016). *Advanced Cardiovascular Life Support Provider Manual*. EUA. ISBN 978-1- 61669-533-0.
- Andrews, T. & Watermann, H. (2005). *Packaging: A Grounded Theory of How to Report Physiological Deterioration Effectively*. Blackwell Publishing Ltd.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP. (2017). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale -

- Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), pp. 7-16. doi: 10.12707/RIII1294.
- Batista, M. (2018). Doação de órgãos e tecidos: produção científica por enfermeiros portugueses em formação pós-graduada. *Pensar Enfermagem*, 22 (1), 47-59.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bettencourt, M. (2008). Tomada de posição sobre segurança do cliente. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 29, 57-62.
- Bleyer, A. J., Vidya, S., Russell, G. B., Jones, C. M., Sujata, L., Daeihagh, P. & Hire, D. (2011). Longitudinal analysis of one million vital signs in patients in an academic medical Center. *Resuscitation*, 82, 1387–1392. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.06.033.
- Burley, D. (2011). Better communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 19 (2), 32–36. doi: 10.7748/en2011.05.19.2.32.c8509.
- Cassiani, S.H.B.; Gimenes, F.R.E. & Monzani, A.A.S. (2009) O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 413-417. doi: 10.5216/ree.v11.47051.
- Catanese, L., Tarsia, J., & Fisher, M. (2017). Acute Ischemic Stroke Therapy Overview. *Circulation Research*, 120 (3), 541–558. doi: 10.1161/CIRCRESAHA-116.309278.
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de turno em Enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, (115), 13. Retrieved from https://www.academia.edu/10982065-/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflex%C3%A3o.
- Cei, M., Bartolomei, C., & Mumoli, N. (2009) In-hospital mortality and morbidity of elderly medical patients can be predicted at admission by the Modified Early Warning Score: a prospective study. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(4), 591- 595. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01986.x
- Chalifour, J. (1992). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique humaniste*. Montreal: Gaetan Morin editeur.
- Cherry, P.G. & Jones, C.P., (2015). Attitudes of nursing staff towards a modified early warning system. *Br. J. Nurs.* 24 (16), 812–818. doi: 10.12968/bjon.2015.24.16.812.

- Cipriano, E.S.V., Salgado, B.S., Oliveira, A.N. & Aguiar, B.G.C. (2018). Implantação do Score de deterioração clínica (MEWS) em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro e seus respectivos resultados. *Enfermagem Brasil*, 17(1): 34-42. doi:10.33233/eb.v17i1.2241.
- Committee On Quality of Health Care In America & Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21th Century*. Washington: National Academies Press. doi: 10.17226/10027.
- Dalton, M., Harrison, J., Malin, A. & Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing*, 27 (4), 212-218. doi: 10.12968/bjon.2018.27.4.212.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 Agosto. (2018). *Diário da República* n.º 157/2018, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.
- Despacho n.º 11/2002. (2002). *Diário da República* n.º 153, Série I-B (6 de Março de 2002), 1865-1866. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 14341/2013. (2013). *Diário da República* n.º 215, Série II (6 de Novembro), 32855-32856. Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Diário da República* n.º 153, Série II (11 de Agosto de 2014), 20673-20678. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DeVita, M.A. (Edt.), Hillman, K. (Edt.), & Bellomo, R. (Edt.). (2017). *Textbook of Rapid Response Systems – Concept and Implementation, Second Edition*. New York, NY: Springer. ISBN: 9783319393896.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Final*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.

- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa.
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2014). *Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span (9th ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Figueira, M., Jacob, L., Spazapan, M., Chiquetto, L., Rolim, A., Duran, E., & Lopes, M. (2018). Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134–154. doi: 10.18554/reas.v7i2.2369.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183–196. doi: 10.1590/S1415-6555200100050-0010.
- Fonseca, L., Vieira, F. & Azzolin, K. (2014). Fatores associados ao tempo de ventilação mecânica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35 (2), 67-72. doi: 10.1590/1983-1447.2014.02.44697.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro Para a Saúde: Todos Temos um Papel a Desempenhar*. Lisboa, Portugal.
- Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. (2019). Procedimento setorial para Referenciação de Potencial Dador Em Morte Cerebral –Atividades a Desenvolver pelo CCT/GCCT. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.
- Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação. (2020). Relatório Anual de Atividades 2019. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE.
- Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984. doi: 10.5205-/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201525.

- Gonçalves, J. P. F. (2018). Edema de Reperusão Pulmonar após Tromboendarterectomia Pulmonar. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa. Retrieved from <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/-42292/1/JoaoF-Goncalves.pdf>.
- Handberg, C. & Voss, A. (2018). Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(25), 102-114. doi: 10.1111/jocn.13851
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Hoffman, F., Nelson, B., Drangstveit, M., Flynn, B., Watercott, E., & Zirbes, J. (2006). Caring for transplant recipients in a nontransplant setting. *Critical Care Nurse*, 26(2), 53–73. doi: 10.4037/ccn2006.26.2.53.
- Holm, A. & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of nonsedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 2(23), 88-94. doi: 10.1111/nicc.12297.
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 1(20), 333. doi: 10.1186/s13054-016-1483-2.
- Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2011). *Enfermagem de Urgência (6ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Hsiung, N.; Yang, Y.; Lee, M.; Dalai, K.; Smith, G. D. (2016). Translation, adaptation, and validation of the Behavioral Pain Scale and the Critical-care Pain Observational Tools in Taiwan. *Journal of Pain Research*, 9, 661–669. doi: 10.2147/JPR.S91036.
- Instituto de Ciências da Saúde. (2019). Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório". Universidade Católica Portuguesa.
- Joint Commission International. (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 6th edition. Retrieved from https://www.jointcommissioninternational.org//media/jci/jcidocuments/accreditation/hospitalandamc/learn/jci_standards_only_6th_ed_hospital.pdf?db=web&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7.

- King, P. & Thomas, S. (2013). Phenomenological study of ICU nurses experiences caring for dying patients. *Western Journal of Nursing Research*, 35 (10), 1292-1308. doi: 10.1177/0193945913492571.
- Kronick, S. L., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., ... Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132 (18 suppl 2), 397–413. doi: 10.1161/-CIR.0000000000000258.
- Lavoie, P., Pepin, J., & Alderson, M. (2016). Defining patient deterioration through acute care and intensive care nurses' perspectives. *Nursing in Critical Care*, 21 (2), 68–77. doi:10.1111/nicc.12114.
- Lee, A., Bishop, G., Hillman, K.M., & Daffurn, K. (1995). The medical emergency team. *Anaesthesia and Intensive Care*, 23, 183–186. doi: 10.1177/0310057X9502300210.
- Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho. (2007). *Diário da República* n.º 124/2007, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. (2015). Proceda à segunda alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 181, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.
- Leprohon, J. (2002). A qualidade dos cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, janeiro, p.26.
- Ludikhuizen, J., Borgert, M., Binnekade, J., Subbe, C., Dongelmans, D., & Goossens, A. (2014). Standardized measurement of the Modified Early Warning Score results in enhanced implementation of a Rapid Response System: A quasi-experimental study. *Resuscitation*, 85(5), 676–682. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.009.
- Luís, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “ViEWS” E “NEWS” em Portugal. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4230/1/Tradu%C3%A7%C3%A3o,%20valida%C3%A7%C3%A3o%20e%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20sistemas%20de%20pontua%C3%A7%C3%A3o%20de%20alerta%20precoce.pdf>.

- Luiz, T., & Lerner, D. (2015). Module 3- Neurocritical Care: Neurocritical Disorders. *Stroke Nurse Certification*. Angles Initiative.
- Machado, G., Ouro, E. & Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde funcional*, 2 (1), 33-45.
- Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. *Creative nursing*, 15 (1), 36-38. doi: 10.1891/1078-4535.15.1.36.
- Mathukia, C., Fan, W., Vadyak, K., Biege, C. & Krishnamurthy, M. (2015). Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 5 (2), 1-6. doi: 10.3402/jchimp.v5.26716.
- Matos, T. (2012). Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <https://comun.rcaap-pt/bitstream/10400.26/15807/1/Relat%c3%b3rio.pdf>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi: 10.1097/00012272- 200009000-00006.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing – Development & Progress*. (5th ed.) Pennsylvania: Wolters Klumer –Pippincott Williams & Wilkins.
- Mezzaroba, A. L.; Tanita, M. T.; Festiti, J., Carrilho, C. M. D. M., Cardoso, L. T. Q. & Grion, C. M. C. (2016). Avaliação de 5 anos de atuação de um time de resposta rápida liderado por médico intensivista em hospital universitário. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), 278-284. doi: 10.5935/0103-507X.20160045.
- Miller, L. R. (2014). Hemodynamic Monitoring. In S. M. Burns (Ed.), *AACN Essencial of Critical Care Nursing* (3rd ed., pp. 69–118). New York: McGraw-Hill.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. República Portuguesa.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3 (2), 123-130. doi: 10.1371/journal.pmed.-1000097.
- Montenegro, S. M. S. L. & Miranda, C. H. (2019). Evaluation of the performance of the modified early warning score in a Brazilian public hospital. *Revista Brasileira Enfermagem*, 72(6), 1502-1509. doi: 10.1590/0034-7167.201972suppl3e04.
- Morais, C. M. F. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from file:///C:/Users/USER/Downloads/D2011_10001822012_2916022_1.pdf.
- Mota, M; Sousa, L.; Bico, I. & Marques, M. (2020). Decúbito Ventral Na Síndrome De Dificuldade Respiratória No Adulto Após Infecção Por Coronavírus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 16-22. doi: 10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2007). Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration. *NICE clinical guideline*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50/resources/acutely-ill-adults-in-hospital-reco gnising-and-responding-to-deterioration-pdf-975500772037>.
- National Patient Safety Agency. (2007). Recognising and Responding Appropriately to Early Signs of Deterioration in Hospitalised Patients. London: NHS. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60151>.
- Neto, J., Braga, S., Carneiro, Y., Alencar, R. & Pinheiro, W. (2020) Contribuição Do Modified Early Warning Score (MEWS) Para Conduta Clínica Precoce. *Enfermagem em Foco*, 11(5), 117-124. doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3395.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing: What it is, And What it is Not*. New York: D. Appleton and Company, 346 & 348 Broadway.
- Norman, S., DeCicco, F., Sampson, J. & Fraser, I. M. (2018). Emergency Room Safer Transfer of Patients (ER-STOP): a quality improvement initiative at a community-based hospital to improve the safety of emergency room patient handovers. *BMJ Open*, 8, 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2017-019553.

- Odell, M. (2015). Detection and management of the deteriorating ward patient: Na avaluation of nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (1-2), 173-182. doi: 10.1111/jocn.12655.
- Olino, L., Gonçalves, A.C., Stradaa,J.K.R., Vieira, L.B., Machado, M.L.P.,Molina, K.L. & Cogo, A.L.P. (2019) Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e *Modified Early Warning Score*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180341. doi: 10.1590/1983- 1447.2019.20180341.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional Mandato 2008-2011. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem (Agosto 2015). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedreira, M. L. G. (2009) Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Palestra. *Acta Paulista Enfermagem*, 22, (Especial - 70 Anos), 880-881. doi:10.1590/S0103-21002009000700007.
- Pereira, A., Soares, V. & Russo, T. (2016). O ensino pré-operatório na perspetiva, de pacientes oncológicos. *Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 10 (2), 449-456.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio. *Diário da República* n.º 90/2008, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Potter, P., Stockert, P., Hell, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de enfermagem (8ª ed. Brasileira)*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interacção no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições.

- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, série I (6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Assembleia da República.
- Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, série II (16 de julho de 2018), 19359-19370. Assembleia da República.
- Rothrock, J. (2008). *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed.* Loures: Lusodidacta.
- Santos, A., Laus, A., & Camelo, S. (2015). O trabalho da Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. *ABCS Health Sciences*, 40 (1), 45- 52. doi: 10.7322/abcshs.v40i1.703
- Schimiguel, J. & Cenciarelli, E. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde Revista*, 15 (39), 47 – 57. doi: 10.15600/22381244/sr.v1-5n39p47-57.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática (6ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Severino, S. (2016). Enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica. In C. M. Vieira e L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 365-378). Loures: Lusodidacta.
- Silva, A.; Alves, M.; Sanches, R.; Terra, F. & Resck, Z. (2016). Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde Debate*, 40 (111), 292–301. doi: 10.1590/0103-1104201611123.
- Silva, C. M. C, Valente, G. S. C, Bitencourt, G. R. & Brito, L. N. (2010). A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: Análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15(3): 548-551. doi: 10.5380/ce.v15i3.18902.
- Silva, L. D. C & Brito, L. L. (2015). Manipulação de drenos mediastinais e pleurais: existe evidência científica? *Journal of Management and Primary Health Care*, 6(1):86-102. doi: 10.14295/jmphc.v6i1.236.
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 100–147. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.016.

- Soffker, G.; Bhattarai M.; Welte T.; Quintel M. & Kluge, S. (2014). Attitude of intensive care specialists toward deceased organ donation in Germany. Results of a questionnaire at the 12th Congress of the German Interdisciplinary. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109, 41–47. doi: 10.1007/s00063-013-0271-x.
- Stafseth, S. K., Grøn- beck, S., Lien, T., Randen, I., & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 33–41. doi: 10.1016/j. iccn.2015.07.008.
- Tavares, G. S., Teixeira, A. P. A., Faria, I. D. (2018). Desmame prolongado da ventilação mecânica: revisão sistemática e proposição de um fluxograma de condução. *Fisioterapia Brasil*, 19(5):711-722. doi: 10.33233/fb.v19i5.2326
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual.
- Ummenhofer, W., Amsler, F., Sutter, P. M., Martina, B., Martin, J., & Scheidegger, D. (2001). Team performance in the emergency room: Assessment of interdisciplinary attitudes. *Resuscitation*, 49(1), 39–46. doi:10.1016/S0300-9572(00)00304-X.
- Vargas, M. (2010). Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta de Lisboa. Retrieved from https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1702/3/TMCS_MCarmoVargas.pdf.
- Watson, J. (1985). *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science an Human Care - A Theory of Nursing (2a ed.)*. Washington, DC: National League for Nursing Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wood, C., Chaboyer, W. & Carr, P. (2019) How do nurses use early warning scoring systems to detect and act on patient deterioration to ensure patient safety? A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 166–178. doi:10.1016/j.ijnurstu.20-19.03.012.

World Health Organization. (2007). Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary. Retrieved from <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>.

World Health Organization. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_-PSP_-2010.2_eng.pdf?sequence=1.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Apresentação sob a forma de Poster eletrónico nas X Jornadas Nacionais e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa intituladas “O Valor de Uma Enfermagem Com Valores”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LIBRA-PORTO



X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICA-SE QUE O PÓSTER COM O TÍTULO

"Modified Early Warning Score um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica"

ELABORADO POR

Isa Amaro Pulquério & Manuela Madureira

APRESENTADO EM FORMA DE PÓSTER ELETRÓNICO NAS X JORNADAS NACIONAIS E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INTITULADAS "O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES", QUE DECORRERAM NO DIA 9 DE JUNHO DE 2021, FOI DISTINGUIDO NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE.

PROF. DOUTORA AMÉLIA SIMÕES
FIGUEIREDO
Diretora da EEL-ICS-UCP

PROF. DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE
SOUSA
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

ANEXO II

Certificado de Participação no VI Simpósio de Enfermagem da Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto intituladas “Ontem-Hoje-e...Amanhã”

APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster Intitulado “*Modified Early Warning Score*: um instrumento útil para a segurança da pessoa em situação crítica”



O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES

MODIFIED EARLY WARNING SCORE: UM INSTRUMENTO ÚTIL PARA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Isa Amaro Pulquério¹; Manuela Madureira²

¹Enfermeira, Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
²Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa



1

INTRODUÇÃO

- A segurança da pessoa doente afirma-se como um fator essencial para garantir a qualidade nos cuidados de saúde. Melhorar a identificação e resposta à deterioração clínica em doentes hospitalizados, é uma das metas definidas mundialmente para promover a segurança da pessoa doente (Cherry & Jones, 2015).
- A maioria dos eventos adversos que ocorrem, é precedida de sinais objetivos de agravamento clínico. A monitorização e registo de sinais vitais pode prevenir o reconhecimento tardio destes sinais.
- O *Modified Early Warning Score* (MEWS) é um sistema de pontuação que se baseia numa avaliação à cabeceira do doente, de cinco parâmetros fisiológicos: **P**ressão Arterial Sistólica, **F**requência Cardíaca, **F**requência Respiratória, **T**emperatura e **N**ível de Consciência (através da escala AVDS: **A** – doente alerta; **V** – responde a estímulos verbais; **D** – responde a estímulos dolorosos; **S** – Sem resposta a estímulos), que auxilia na deteção de alterações fisiológicas e pode ajudar a identificar doente em risco de deterioração clínica (Mezzaroba et al. 2016). Mas será, que a informação dada pelo MEWS, promove um melhor desfecho para o quadro clínico destes doentes?

2

OBJETIVO

Avaliar a efetividade do score MEWS para promover a segurança da pessoa em risco de deterioração clínica, em contexto hospitalar.

| score | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------------------|-----|-------|--------|---------|-------------|-------------|-----------|
| Pressão arterial sistólica (mmHg) | <70 | 71-80 | 81-100 | 101-199 | | ≥ 200 | |
| Frequência cardíaca (bpm) | | <40 | 41-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | ≥ 130 |
| Frequência Respiratória (cpm) | | < 9 | | 9-14 | 15-20 | 21-29 | ≥ 30 |
| Temperatura (°C) | | < 35 | | 35-38,4 | | ≥ 38,5 | |
| AVDS score | | | | Alerta | Reage à voz | Reage à dor | Não reage |

(Cei, Bartolomei e Mumoli, 2009)

3

MATERIAL E METODOS

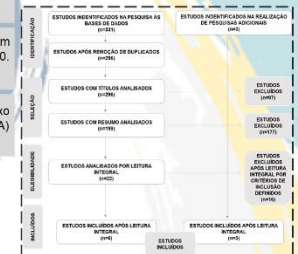
Foi realizada uma **Revisão Integrativa da Literatura** com base nas recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (2015) e na pesquisa nas bases de dados eletrónicas B-on, PubMed, CINAHL *with Full Text* e MEDLINE *with Full Text* através do motor de busca EBSCO *host*. Como complemento utilizou-se motor de busca *Google Scholar*.

Descritores mobilizados: *modified early warning score or MEWS or early warning score or early warning system and patient safety and clinical deterioration or deteriorating patient*.

Foram definidos critérios de elegibilidade, idioma: inglês, português; artigos com texto integral; disponível gratuitamente com friso temporal de 2014 a 2020. Selecionaram-se 334 artigos para constituir o corpus da análise.

Os estudos foram selecionados através da recomendação em diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Diagrama PRISMA de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*



4

RESULTADOS

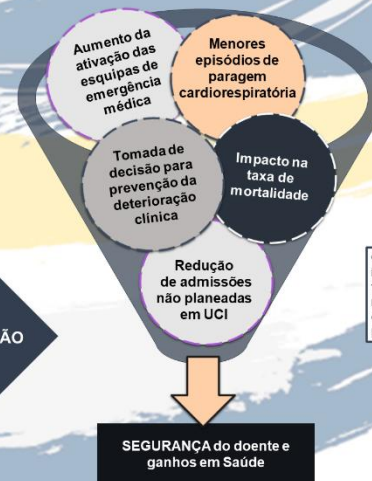
MEWS

um instrumento eficaz



5

CONCLUSÃO



Existe efetividade da assistência ao doente quando amplamente implementado e utilizado de forma sistemática pelas equipas a partir de protocolos assistenciais.

Os estudos sugerem uma abordagem que incide na cadeia de prevenção; formação/educação das equipas, na monitorização e no reconhecimento da deterioração, e num sistema que permita pedir ajuda e obter uma resposta eficaz.

A escassez de estudos, sugere necessidade de que sejam realizadas pesquisas sobre esta temática, com a finalidade de explorar melhor esta ferramenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cei, M., Bartolomei, C., & Mumoli, N. (2009). In-hospital mortality and mobility of elderly medical patients can be predicted at admission by the Modified Early Warning Score: a prospective study. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(4), 591-595. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01866.x

Cherry, P.G., & Jones, C.P. (2015). Attitudes of nursing staff towards a modified early warning system. *British Journal of Nursing*, 24(16), 812-818. doi:10.1099/bjn.2015.24.16.812

Madhukia, C., Tan, W., Vidyak, K., Blego, C., & Krishnamurthy, M. (2019). Modified Early Warning System Improves Patient Safety and Clinical Outcomes in An Academic Community Hospital. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 5(2), 1-6. doi: 10.3402/jchimp.v5i2.6716

Mezzaroba, A.L., Tanioti, M.T., Fesliki, J., Carrilho, C.M.D.M., Cardoso, L.T.O., & Cicon, C.M.C. (2016). Avaliação de 5 níveis de educação de um time de resposta rápida liderado por médico intensivista em hospital universitário. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), 278-284. doi: 10.5935/1808-0072-20160045

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Norman, S., DeCicco, F., Sampson, J., & Fraser, I. M. (2018). Emergency Room Safer Transfer of Patients (ER-STOP): A Quality Improvement Initiative at a Community-based Hospital to Improve the Safety of Emergency Room Patient Handovers. *BMJ Open*, 8, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018553

Stubbins, S., K., Cran, Beck, S., Lam, T., Runden, L., & Leckie, A. (2015). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 25-31. doi: 10.1016/j.iccn.2015.07.008