



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 Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DETEÇÃO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES NO DOENTE CRÍTICO

EARLY DETECTION OF COMPLICATIONS IN THE CRITICAL PATIENT

Por

Catarina Pereira, nº 192019042

Lisboa, 2021



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 Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DETEÇÃO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES NO DOENTE CRÍTICO

EARLY DETECTION OF COMPLICATIONS IN THE CRITICAL PATIENT

Por

Catarina Pereira, nº 192019042

Sob orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2021

“Quanto mais aumenta o
nosso conhecimento, mais
evidente fica a nossa ignorância”.

(John F. Kennedy)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste relatório contei com a ajuda de muitas pessoas. Sem elas não teria conseguido e por isso sinto uma enorme gratidão.

Agradeço à minha orientadora, a Professora Isabel Rabiais, pela paciência e, acima de tudo pela disponibilidade constante. Agradeço o esforço e a atenção com que foi esclarecendo as minhas dúvidas.

Agradeço a todos os hospitais por onde passei, a todos os meus orientadores de estágio e ao enfermeiro-Chefe do meu atual Serviço.

Agradeço aos meus colegas e à Universidade Católica Portuguesa.

Por fim, agradeço à minha família pelo apoio e incentivo incondicionais.

É a todos que dedico este trabalho.

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem Médico Cirúrgica, na área do doente crítico, ao longo dos estágios. Durante o percurso de prática clínica, prestei cuidados especializados ao doente em estado crítico e à sua família em diferentes contextos. Procurei também desenvolver competências de formação em equipa, liderando ações de formação em serviço e contribuindo assim para a melhoria dos cuidados e segurança do doente através do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

O estágio dividiu-se em três contextos: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e Clínica de Hemodiálise. A escolha destes três campos de estágio deveu-se à necessidade de compreender melhor o percurso do doente crítico e aliar isso à minha experiência de trabalho de 2 anos numa enfermaria de medicina interna e, atualmente, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, há cerca de 3 anos. Por outro lado, a escolha de estagiar numa clínica de Hemodiálise, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o doente e sua família em programa de hemodiálise bem como sobre a especificidade da técnica em si. Essa aquisição de conhecimentos tem-se revelado muito importante no meu dia-a-dia na prestação de cuidados aos doentes em estado crítico com necessidade de técnicas de substituição renal contínuas.

No Serviço de Urgência, adquiri conhecimentos e competências nos seus diferentes contextos, desde o Serviço de Observação à Sala de Reanimação, o que permitiu obter uma visão mais abrangente de todo o percurso do doente crítico desde a sua entrada no Hospital.

No estágio em Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, mobilizei e desenvolvi conhecimentos sobre especificidades dos doentes em falência multiorgânica e sobre cuidados no transporte do doente crítico para o Bloco Operatório ou para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Na Clínica de Hemodiálise, desenvolvi competências especializadas no que diz respeito aos cuidados à pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise, como por exemplo os cuidados especializados com os acessos vasculares.

Durante a realização dos estágios, deparei-me de forma recorrente com a necessidade de estudar e utilizar os mecanismos de prevenção da deterioração fisiológica dos doentes, sendo como tal este o tema principal do presente relatório. Durante o meu percurso na Unidade de Cuidados Intensivos enquanto enfermeira e estudante de mestrado, senti a necessidade de elaborar uma revisão da literatura acerca das intervenções de Enfermagem ao doente em *Prone Position*, que traduz uma intervenção de grande complexidade e recorrência no meu dia-a-dia. A revisão apresenta não só as intervenções de enfermagem para a técnica referida como também as contraindicações da mesma.

Descritores: *clinical deterioration, early warning score, nursing care, nursing interventions.*

ABSTRACT

This report demonstrates the development of specialized skills in medical-surgical nursing in intensive care during my training program. Throughout this work placement, I provided specialized care to critically ill patients and their family, in different contexts.

I also developed team training skills through in-service training, thus contributing to the improvement of patient care and safety by means of the professional development of nurses.

The internship was divided into three fields: Emergency Department, Post Anesthetic Care Unit (UCPA) and Hemodialysis Clinic, the choice of which derived from the need to better understand the path of critical patients and to combine this with my two-year work experience in an internal medicine ward and a nearly three-year experience in a multipurpose intensive care unit. On the other hand, choosing to undertake my internship at an hemodialysis clinic allowed me to develop my understanding of the struggles and challenges of nursing care of patients with renal failure, as well as of the specificities of hemodialysis techniques. This has proven fundamental in my daily work in the treatment of critically ill patients with continuous renal replacement therapy.

Firstly, in the emergency department, I acquired skills and knowledge allowing me to gain a broader view of the entire path of a critical patient as soon as he/she enters the hospital.

My experience at the UCPA, in turn, was key to acquire and consolidate my know-how concerning the specificities of surgical users in multiorgan failure, the stabilization of these same users and the transport to the operating room or to the ICU.

Finally, in the hemodialysis clinic, I developed specialized skills in relation to patients with chronic kidney disease undergoing dialysis, such as learning specialized care techniques with regard to vascular accesses.

Throughout the above internships, I was able to grasp the importance of studying and working with tools aiming to prevent the physiological deterioration of patients. Hence, this has been the main topic of this report.

During my journey at the ICU and as a nurse attending a postgraduate degree, I felt the need to devise a research paper about the nursing interventions to patients in Prone Position, a topic which has also been included in this report, which requires a skill set of great complexity and carries great importance in my day to day work. The review undertaken focuses not only on these nursing techniques but also on their limitations.

Keywords: *clinical deterioration, early warning score, nursing care, nursing interventions.*

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

CAM-ICU - *Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit*

CDSR - *Cochrane Database of Systematic Reviews*

CINAHL® – *Cumulative Index of Nursing & Allied Health*

DARE - *Database of Abstracts of Reviews of Effects*

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO-CINAHL Plus – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

EWS – *Early Warning Score*

IMCU – *Intermediate Care Unit*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MeSH – *Medical Subject Headings*

MEDLINE ® - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NEWS – *National Early Warning Score*

NHS – *National Health Service*

OE - Ordem dos enfermeiros

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RRT – *Rapid Response Team*

SAPA - Score de Alta Pós-Anestésica

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SO - Sala de Observações

SUG - Serviço de Urgência Geral

TCE - Traumatismo Crânio-encefálico

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade Cuidados Intermédios Polivalente

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Classificação segundo o nível de evidência	28
Tabela 2. Artigos selecionados de acordo com ano, objetivo do estudo, população/amostra, desenho do estudo e principais conclusões.....	30
Tabela 3. <i>Score</i> de NEWS	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA utilizado no processo de identificação e inclusão de estudos. – (PRISMA diagram flow).....	29
--	----

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT	9
LISTA DE ABREVIATURAS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS.....	13
1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS NA DETEÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO DOENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW	23
3.1. Sumário.....	23
3.2. Enquadramento.....	24
3.3. Metodologia.....	26
3.4. Discussão.....	35
3.5. Conclusão.....	36
3.6. Referências Bibliográficas	36
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	39
4.1. Enquadramento.....	39
4.2. Serviço de Urgência	39
4.2.1. Serviço de Urgência Central - Serviço de Observação	44
4.2.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica - Sala de Reanimação.....	47
4.2.3. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica - Serviço de Observação	50
4.3. Unidade de Cuidados Pós Anestésicos / Bloco Operatório.....	55
4.4. Clínica de Hemodiálise	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

APÊNDICES	77
APÊNDICE I – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECÍFICAS AO DOENTE COM ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME EM DECÚBITO VENTRAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	79
APÊNDICE II – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO	99
APÊNDICE III – AÇÃO DE FORMAÇÃO.....	101
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	109
APÊNDICE V – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO CLÍNICA DE DIÁLISE	111
APÊNDICE VI – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DETEÇÃO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES EM DOENTES NO INTRA-HOSPITALAR.	113
APÊNDICE VII - POSTER APRESENTADO NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM	119
ANEXOS	121
ANEXO I - ESCALA DE NEWS.....	123
ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER	125

1. INTRODUÇÃO

As alterações fisiológicas dos doentes em contexto hospitalar ocorrem de forma recorrente, com especial incidência nas Enfermarias e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). A deteção precoce destas alterações revela-se fundamental a nível hospitalar, sendo que entre as principais causas de deterioração fisiológica incluem-se a sépsis e a falência respiratória aguda, associadas a uma elevada mortalidade (Escobar et al., 2014).

Nos últimos anos, a preocupação crescente com estas questões motivou a aposta na implementação de mecanismos de segurança internos por parte de diversas instituições Hospitalares. Neste contexto, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou, através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, as Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar, constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas em doente crítico, de modo a responder a situações de paragem cardiorrespiratória e deterioração fisiológica aguda. Estes sinais de deterioração refletem alterações respiratórias, cardíacas e, por vezes, neurológicas que se podem manifestar no doente através da alteração dos parâmetros vitais, sendo por isso possível serem detetadas e monitorizadas de forma antecipada (Soar et al., 2015). Adicionalmente, as orientações do *European Resuscitation Council* (Soar et al., 2005) apresentam uma abordagem focada na formação, monitorização e reconhecimento atempado como forma de prevenção da paragem cardiorrespiratória. De forma semelhante, as orientações da *American Heart Association*, revistas em 2020, reforçam a importância da utilização de uma cadeia de sobrevivência na resposta à paragem cardiorrespiratória e na prevenção da deterioração do doente (American Heart Association, 2020).

Noutro âmbito, a literatura demonstra que a deficiente comunicação entre profissionais de saúde (Ede et al., 2020), o défice de conhecimento dos enfermeiros (Dalton, 2018) e a ausência de registos de enfermagem, no que diz respeito aos sinais vitais, que segundo Keene et al. (2017) suportam de forma adequada a tomada de

decisão, configuram os principais fatores que impactam negativamente na qualidade dos cuidados e segurança dos doentes.

A escolha desta área do cuidado - pessoa em situação crítica e família - deve-se ao facto de representar a minha área primordial de interesse profissional desde que iniciei a minha carreira de enfermagem. Acredito que existe uma relação diretamente proporcional entre a aposta em formação diferenciada e avançada e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Assim, com o intuito de obter este nível de especialização académica, apresento o relatório de estágio, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, que tem como objetivo efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre o caminho percorrido até ao alcance dos objetivos delineados no início de cada estágio.

O presente relatório divide-se em cinco capítulos. No capítulo introdutório, são apresentados o enquadramento e a justificação da temática escolhida. No segundo capítulo, é apresentado o referencial teórico, que conta com a definição dos conceitos principais e a apresentação da teoria de enfermagem no qual se alicerça o trabalho desenvolvido. No terceiro capítulo, é apresentada a *scoping review* que mapeia a questão de investigação principal. No quarto capítulo são descritas de forma detalhada todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e, por fim, no quinto capítulo surgem as considerações finais que sumarizam todo o relatório. Por último, são apresentadas as Referências Bibliográficas, os Apêndices e Anexos.

A forma de referenciação no texto, e as referências bibliográficas no final, seguem as normas da *American Psychological Association (APA)*, versão 2020.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

É da importância atribuída à temática da deteção precoce de complicações e da vigilância da deterioração clínica do doente que emerge a revisão da literatura que dá corpo a este relatório. As duas temáticas referidas, complementares entre elas, garantem uma maior segurança dos doentes a nível hospitalar e uma maior qualidade dos cuidados, exigindo uma intervenção especializada do enfermeiro que, na ótica de Patrícia Benner, se desenvolve na prática, como descreve na sua obra “De Iniciado a Perito” (Benner, 2001). Assim, é com base no modelo de aquisição de competências de Benner que procurei desenvolver todas as atividades ao longo do estágio.

Segundo Benner (2001), a vigilância e deteção precoce de complicações são a primeira forma de proteção do doente e por isso afigura-se essencial capacitar todos os enfermeiros neste sentido, através da aprendizagem com os enfermeiros especialistas. O enfermeiro intervém na primeira linha de defesa do doente, vetor de atuação privilegiado para a deteção dos sinais de alerta (alteração dos sinais vitais), considerada pela autora um domínio de intervenção de suma importância para evitar o agravamento da situação clínica.

Para além de se considerar a experiência do enfermeiro, fundamental para a deteção destas alterações no doente, cumpre salientar a crescente utilização de mecanismos de suporte, concebidos com o apoio dos Gabinetes de Gestão da Qualidade dos hospitais, de forma a uniformizar os cuidados. Um dos mecanismos a abordar ao longo deste relatório é a criação de um *score*, o *National Early Warning Score* (NEWS)¹, que surge em 2005 no Reino Unido, tendo como objetivo a aplicação de um sistema de pontuação de alerta que visa identificar a deterioração fisiológica do doente (Royal College of Physicians, 2012).

¹ ANEXO I.

Juntamente com a utilização de *scores* de alerta precoce, foram também criadas as equipas de emergência médica intra-hospitalar com o intuito de assegurar intervenções mais especializadas no doente em estado crítico (Dalton et al., 2018).

Segundo Benner (2001), é comum ser o enfermeiro a coordenar uma situação de deterioração fisiológica do doente uma vez que é o primeiro responsável na avaliação do seu estado clínico. Além disso, o conhecimento resultante de uma abordagem holística aos doentes permite ao enfermeiro desenvolver um conhecimento aprofundado do quadro clínico dos mesmos. Cumulativamente, a experiência em lidar com situações críticas no contexto hospitalar, assim como a intuição e habilidade desenvolvida neste âmbito, contribuem para a eficácia da sua atuação (Gazarian et al., 2010).

A formação e a continuidade do desenvolvimento de competências especializadas assumem cada vez mais importância no dia a dia dos enfermeiros e na consolidação da enfermagem como ciência. Todos os dias a comunidade científica testemunha novas investigações, adquire novos conhecimentos e institui novas práticas ao serviço das mais recentes necessidades detetadas na prestação de cuidados. Assim, a aquisição desse conhecimento afigura-se essencial para o futuro da enfermagem e foi com base no modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner que procurei desenvolver, ao longo do estágio, as valências necessárias ao título de enfermeira especialista.

A partir do Modelo de Perícia de Dreyfus (1982), citado por Benner (2001), descreve a aquisição de competências enfatizando a importância da prática na aquisição de conhecimentos. Efetivamente, a autora considera que existem várias fases do desenvolvimento adquiridos através da experiência, sendo elas: 1) Principiante; 2) Principiante Avançado; 3) Competente; 4) Proficiente; e 5) Perito.

Analisando cada fase, compreendemos que o desenvolvimento das competências passa pelos vários estádios de desenvolvimento elencados de seguida.

De acordo com Benner (2001), no estágio de Principiante, o enfermeiro confronta-se pouco com as situações práticas do dia a dia, uma vez que as suas obrigações estão exclusivamente relacionadas com o seu percurso académico. Assim, o enfermeiro revela dificuldades de integração em determinados contextos de cuidados e no estabelecimento de prioridades.

No estágio seguinte, de Principiante Avançado, o enfermeiro já teve contacto com uma determinada situação clínica, conseguindo reconhecê-la. Ainda que possa relevar dificuldades em estabelecer prioridades, consegue atribuir significado a algumas experiências.

No estágio Competente, é suposto que o enfermeiro já trabalhe no mesmo serviço há 2 ou 3 anos, tendo testemunhado a ocorrência de determinadas situações de forma recorrente e seja capaz de avaliar e de programar objetivos a longo prazo. Mais, consegue planear as suas intervenções de forma consciente. Não obstante, o enfermeiro inserido neste patamar não apresenta ainda a rapidez, a capacidade de decisão e a destreza necessárias para lidar com determinadas situações.

No estágio seguinte, o enfermeiro Proficiente interpreta os acontecimentos tendo em conta a sua globalidade, e apresenta a capacidade de, alavancado na sua experiência, antecipar situações. “Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso.” (Benner, 2001, p. 55).

No estágio final, o enfermeiro Perito possui uma vasta experiência que lhe permite adaptar-se facilmente a situações complexas, atuando com recurso à sua intuição de uma forma global, não se regendo apenas por protocolos, regras ou normas. Para a autora (2001, p. 58) o enfermeiro perito “apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”. Benner (2001) reforça, ainda, que o enfermeiro especialista demonstra conhecimentos teóricos e práticos análogos a este estágio, sendo dotado de uma conduta deontológica e profissional adequada e procurando constantemente oportunidades de melhoria e desenvolvimento.

Assim, é a partir deste enquadramento teórico que pretendo sustentar e demonstrar a minha intervenção especializada ao longo do estágio, apresentando de seguida a *scoping review* que deu corpo ao relatório.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS NA DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO DOENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW

3.1. Sumário

Objetivo: Mapear as intervenções de Enfermagem na deteção precoce de alterações fisiológicas de doentes em contexto de Serviço de Urgência, Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Intermédios e Unidades de Decisão Clínica (*acute wards*) descritas na literatura.

Método: Elaboração de uma *scoping review* com base nas recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (JBI) e em pesquisa em bases de dados eletrónicas. Os estudos foram selecionados através de diagramas de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA) e os principais resultados apresentados numa tabela. Foram identificados descritores nos *Medical Subject Headings* (MeSH) e combinados da seguinte forma: (*clinical deterioration*) AND (*early warning score*) AND (*nursing care*) AND (*nursing interventions*). A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *EBSCOhost Research databases*; *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, através do motor de busca *PubMed* e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). O intervalo de tempo admitido foi entre 2010 e 2019, de modo a mapear a evidência científica mais recente, sendo que a pesquisa foi realizada entre julho e agosto de 2020, selecionando-se os artigos em inglês, português, francês e espanhol. Os critérios de inclusão foram: População – doente adulto; Conceito - Intervenções de Enfermagem na deteção precoce de alterações fisiológicas dos doentes; Contexto – CUIDADOS CRÍTICOS (Intra-hospitalar). Foram encontrados 33 artigos, tendo-se incluído 9 para análise.

Resultados: As intervenções de enfermagem não farmacológicas descritas visaram a correta utilização e interpretação das escalas de alerta precoce, a comunicação eficaz e reconhecimento da importância das equipas de emergência médica. As

barreiras encontradas foram, em particular, escalas pouco desenvolvidas, má comunicação multidisciplinar, falhas nos registos e uma monitorização deficiente.

Conclusões: Os enfermeiros têm uma responsabilidade determinante na prevenção de alterações fisiológicas. Contudo, urge apostar na pesquisa direcionada a intervenções mais específicas acerca do impacto da prática de enfermagem neste âmbito.

Descritores: *clinical deterioration, early warning score, nursing care, nursing interventions*

3.2. Enquadramento

A segurança e a qualidade dos cuidados são temas recorrentes nas unidades Hospitalares e o reconhecimento atempado de alterações e/ou deterioração clínica dos doentes está intimamente relacionado com a segurança dos doentes - *patient safety* - e com a eficácia dos cuidados prestados.

O Hospital é visto como um ambiente seguro capaz de dar resposta ao agravamento de uma situação de doença. Neste âmbito, grande parte da literatura tem-se dedicado à conceção de ferramentas que garantam simultaneamente um ambiente hospitalar mais seguro e uma prestação de cuidados especializada (Clarke, & NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008).

Desde a implementação das equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (Won et al., 2017), com o intuito de garantir uma resposta mais diferenciada a situações complexas de deterioração fisiológica dos doentes, até à criação de mecanismos que garantam uma monitorização e vigilância mais rigorosa, o sistema de saúde está em constante evolução no sentido de dar resposta às necessidades da população.

No *National Health Service* (NHS) e em vários serviços de saúde pública à escala global, criaram-se sistemas de monitorização dos doentes denominados *Early Warning Score* (EWS) que foram amplamente difundidos, existindo escalas de

monitorização para várias especialidades, desde o extra-hospitalar à psiquiatria. No que diz respeito ao doente crítico, recomenda-se a utilização do *National Early Warning Score* (NEWS) (Royal College of Physicians, 2012), que, embora existam discordâncias acerca da sua especificidade e utilidade, têm acolhimento em diversos estudos, que defendem a necessidade de uma uniformização da comunicação e dos sistemas informáticos relacionada com a evolução clínica dos doentes (Royal College of Physicians, 2012).

Sabendo que duas das causas mais comuns de deterioração aguda de doentes internados são a sépsis e a insuficiência renal aguda - responsáveis por 20 a 30% (Romero-Brufau et al., 2019) da mortalidade hospitalar, justifica-se a importância de uma monitorização precoce, dada a multiplicidade de sintomas detetáveis.

Tendo presente a responsabilidade fundamental dos enfermeiros na deteção destas alterações, a presente revisão da literatura propõe mapear as intervenções de enfermagem na deterioração fisiológica dos doentes em ambiente hospitalar, analisando a importância destes mecanismos de deteção.

Questão de Revisão: Quais as intervenções de Enfermagem não farmacológicas na deteção precoce de alterações fisiológicas em doentes em contexto de cuidados críticos descritas na literatura e qual a importância dessas intervenções para a segurança dos cuidados.

Objetivo

Para dar resposta à questão de revisão formulada foram delineados os seguintes objetivos:

1 - Identificar as intervenções de Enfermagem não farmacológicas na deteção precoce de alterações fisiológicas em doentes em contexto intra-hospitalar.

2 - Descrever a importância das intervenções de Enfermagem não farmacológicas na deteção precoce de alterações fisiológicas em doentes em contexto intra-hospitalar.

Assim, recorreu-se à seguinte metodologia - População, Conceito e Contexto (PCC), para formulação da questão de investigação, conforme demonstrado de seguida (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2015):

P - Pessoa doente (idade igual ou superior a 18 anos)

C - Intervenções de enfermagem não farmacológicas na deteção precoce de alterações fisiológicas dos doentes no intra-hospitalar.

C – Cuidados críticos (Unidade de Cuidados Intensivos - UCI, Serviço de Observação (SO), Cuidados intermédios e Zonas Hospitalares de Decisão Clínica)

3.3. Metodologia

Numa Revisão sistemática, como é o caso da Scoping Review, para (Apóstolo, 2107, p. 105), “a fonte de informação pode incluir qualquer literatura existente, entre outros, estudos primários de investigação, revisões sistemáticas, textos, relatórios ou orientações, desde que sejam ajustadas à informação que se tenta mapear (JBI, 2015)”. Assim, o primeiro passo compreendeu a realização de uma pesquisa genérica em motores de busca e bases de dados eletrónicas, como a PubMed e SciELO, de revisões de *scoping* e de revisões sistemáticas existentes sobre o fenómeno em estudo. Esta pesquisa inicial permitiu identificar os descritores MeSH e confirmá-los na plataforma da U. S. *National Library of Medicine* do *National Institutes of Health* (NHI). O segundo passo, por sua vez, consistiu na definição dos critérios de inclusão e de exclusão e, por fim, o terceiro passo traduziu-se na pesquisa nas várias bases de dados através do motor de busca PubMed e nas plataformas online EBSCOhost e SciELO.

Equação de pesquisa na base de dados

Foram identificados descritores MeSH e combinados com a fórmula booleana: (*clinical deterioration*) AND (*early warning score*) AND (*nursing interventions*). A

pesquisa foi realizada nas bases de dados *EBSCOhost Research databases*, PubMed e SCIELO entre 2010 e 2019.

- Equação de pesquisa utilizada no motor de busca PubMed – (*clinical deterioration*) AND (*early warning score*) AND (*nursing interventions*).
- Equação de pesquisa utilizada na base de dados *EBSCOhost Research databases* – (*clinical deterioration*) AND (*early warning score*) AND (*nursing interventions*)
- Equação de pesquisa utilizada na base de dados SciELO – (*clinical deterioration*) AND (*early warning score*) AND (*nursing interventions*)

Para este estudo de revisão foi assegurada a fiabilidade e a versão integral de todos os estudos e documentos analisados, assegurando assim o rigor e os aspetos éticos que um trabalho de investigação científico exige.

Tipo de Estudo

Trata-se de *scoping review*, definida como uma revisão sistemática e exploratória da literatura, que tem como objetivo mapear o conhecimento científico existente em determinada área, neste caso na área de enfermagem, com as recomendações do JBI (2015).

Colheita e Organização de Dados

Estabeleceram-se como critérios de inclusão todos os artigos em inglês, *full text*, todos os artigos que incluam registos informáticos que permitem uma monitorização dos doentes e todos os artigos que demonstrem que as escalas de deterioração precoce permitiram a transferência atempada para as Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Nesta *scoping review* também foram incluídas as *acute wards*, as quais, embora contem com o termo “enfermaria” (*ward*), são consideradas áreas com um nível de cuidados superior.

Todos os artigos encontrados fora das bases de dados integram a bibliografia e forneceram uma importante base teórica, mas não favoreceram, no entanto, a questão de investigação inicial, tendo sido excluídas da análise.

Na plataforma *EBSCOhost Research databases*, após uma pesquisa com recurso aos descritores supramencionados, obteve-se um resultado de 8 artigos. Após a exclusão de artigos duplicados e de artigos em relação aos quais se determinou não corresponderem aos critérios de inclusão, restou um artigo, que foi eliminado após leitura integral por falta de relevância para a temática em questão.

No motor de busca PubMed, após uma pesquisa com recurso aos descritores *supramencionados*, obteve-se um resultado de 33 artigos. Após a exclusão de artigos duplicados e de artigos em relação aos quais se determinou não corresponderem aos critérios de inclusão, foram identificados 14 artigos, dos quais foram selecionados 9 para integrar a *scoping review*.

Na plataforma SciELO, após uma pesquisa com recurso aos descritores *supramencionados*, obteve-se um resultado de 2 artigos, que foram eliminados após leitura integral por falta de relevância para a temática em questão.

Em suma, do processo de pesquisa nas bases de dados e motores de busca e de seleção de artigos resultou um total de 9 artigos, que foram analisados segundo o nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), apresentado na seguinte tabela.

Tabela 1. Classificação segundo o nível de evidência

Nível I	Revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios clínicos randomizados
Nível II	Um ou mais ensaios clínicos randomizados
Nível III	Ensaio controlado sem randomização
Nível IV	Estudos de controlo de caso ou coorte
Nível V	Revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos
Nível VI	Estudos descritivos ou qualitativos únicos
Nível VII	Opinião de especialista

(Melnyk & Fineout-Overholt, 2011)

Como sistematização e demonstração da metodologia de colheita de dados, os estudos são apresentados através do diagrama de fluxo (figura 1) da metodologia PRISMA (Moher et al., 2015).

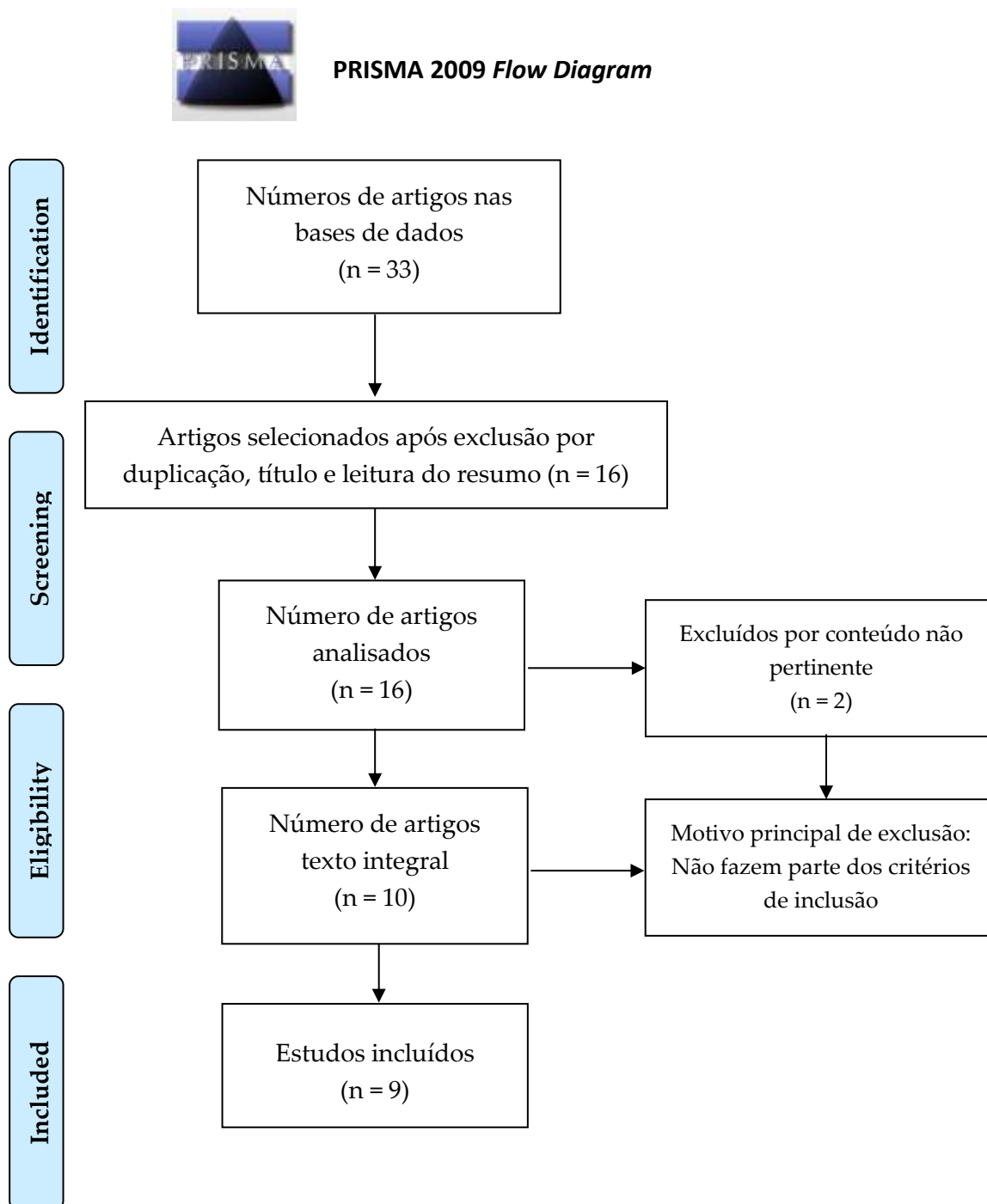


Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA utilizado no processo de identificação e inclusão de estudos. – (PRISMA diagram flow)

Tabela 2. Artigos seleccionados de acordo com ano, objetivo do estudo, população/amostra, desenho do estudo e principais conclusões.

#	Artigo	Ano	Objetivo do estudo	Metodologia	Resultados	Implicações para a prática de enfermagem	Nível de evidência
A1	The fifth vital sign? Nurse worry predicts inpatient deterioration within 24 hours	2019	Avaliar a eficácia do juízo clínico dos enfermeiros para a deteção de alterações fisiológicas nos doentes.	Qualitativa – <i>Focus Group</i> . Foram realizadas 10 sessões de focus grupo com 150 enfermeiros de unidades médicas e cirúrgicas.	O WF (score de Worry Factor) foi 77% eficaz, demonstrando a efetividade do juízo clínico dos enfermeiros.	A experiência clínica dos enfermeiros e a sua preocupação com o doente são essenciais.	N VI
A2	Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations	2017	Determinar as características clínicas e preditores de sobrevivência dos doentes coreanos quando foram ativadas as <i>Rapid Response Team</i> (RRT)	Consulta de Registos de ativação de <i>Rapid Response Team</i> em 287 casos, em Seoul St. Mary’s Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de resposta das RRT foi de 8,3 minutos e score de 5 nos doentes estudados. - As ativações através da observação dos doentes demonstraram ser mais eficazes do que ativações por chamada telefónica. - 59,1% de ativações foram feitas pelos enfermeiros. - Os doentes que “provocaram” mais ativações foram os doentes no pós-operatório (69,3%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender e utilizar os scores de alerta precoce - Compreender a importância de avaliar o doente e saber em que medida o enfermeiro deve acionar ajuda diferenciada - Reconhecer o papel do enfermeiro em alerta para intervenções precoces na deterioração do doente. 	N VI
A3	Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study	2017	Determinar as barreiras e os fatores facilitadores de acordo com três aspetos: barreiras e fatores facilitadores relacionados a três aspetos do protocolo	Focus grupo - Um total de 5 focus grupo foram realizados a partir de um questionário. Participaram no estudo 18 enfermeiras e as entrevistas foram	Barreiras: Excesso de trabalho que acaba por criar dificuldades na monitorização dos doentes; Relutância de algumas enfermeiras em ligarem para o médico aquando de um score mais alto; Falhas de	A função da utilização deste tipo de score é de alertar a equipe para doentes em deterioração e iniciar tratamento individualizado; São formas de	N IV

			EWS: 1) adesão à monitorização do doente; 2) Contactar médicos menos experientes para doentes com instabilidade 3) Chamar a equipe de emergência médica.	realizadas entre junho e outubro de 2014.	comunicação e insegurança entre a equipa; Fatores facilitadores na avaliação do doente com o uso deste score: Priorização do trabalho, melhor comunicação do estado de saúde com a equipe médica e auxílio na avaliação clínica do doente	otimizar o atendimento aos doentes e tornar o ambiente hospitalar mais seguro.	
A4	Developing outcome, process and balancing measures for an emergency department longitudinal patient monitoring system using a modified Delphi	2019	Delinear um consenso entre os profissionais da equipe de urgência de um Hospital na Irlanda e os responsáveis pela qualidade e segurança, acerca de medidas de avaliação para um sistema de pontuação de alerta precoce no Serviço de Urgência (SU).	Fase 1 – Realização de um <i>Workshop</i> , aproveitando a experiência profissional coletiva dos membros para recolher sugestões sobre as medidas de avaliação a serem utilizadas para a implementação. Fase 2 – Aplicação do Método <i>Delphi</i> .	Das 69 medidas que chegaram a um consenso, as melhor avaliadas foram: - Detecção precoce de sépsis; - Avaliação da Dor Torácica. - Monitorização de doentes no Serviço de Observação (SO) à espera de camas de internamento; - Rácio profissionais/ número de doentes no SU; - Diferenciação e conhecimento sobre os protocolos de intervenção no SU para melhorar a qualidade de atendimento (ex. Via Verde AVC).	Os enfermeiros têm um papel preponderante da definição de um sistema de pontuação de alerta precoce, e são importantes para propor, avaliar e executar as medidas propostas.	N VI
A5	Validation of the VitalPAC Early Warning Score at the Intermediate Care Unit	2018	Avaliar o desempenho e a relevância clínica do sistema de pontuação de alerta precoce (EWS) numa Unidade de Cuidados Intermédios (IMCU).	Estudo de Coorte que utilizou todas as pontuações do VitalPAC EWS (ViEWS) efetuadas durante os turnos de enfermagem de 2014 a 2016 na IMCU	- A utilização do ViEWS numa IMCU não demonstrou benefícios devido à alta percentagem de falsos alarmes. Deve haver mais especificidades de modo a evitar a fadiga de alerta.	Participar na elaboração de <i>scores</i> adaptados às características dos doentes.	N IV

				cirúrgica mista de um Hospital académico, em Utrecht.	- Nestas unidades os profissionais estão muito alerta para alterações fisiológicas e a maior parte dos doentes tem suporte hemodinâmico e respiratório, para além de um médico sempre presente. - Assim o estudo conclui que o ViEWS tem melhor desempenho na enfermagem do que na IMCU.		
A6	Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration	2018	- Descrever os fatores que influenciam a forma como os enfermeiros avaliam o doente e a sua resposta à deterioração aguda. - Avaliar a capacidade dos enfermeiros em reconhecer a deterioração aguda do doente.	Abordagem qualitativa genérica através de uma entrevista semiestruturada a 10 enfermeiros que trabalham numa Unidade de Cuidados intermédios do NHS, em abril de 2016.	Foram identificados fatores negativos na Cultura do Modelo Biomédico, que retiram autonomia aos enfermeiros de decidirem e avaliarem por si, como: - Falta de Conhecimento dos enfermeiros; - Não reconhecimento da experiência profissional como fator diferenciador da capacidade de prevenção de situações agudas.	A formação contínua afigura-se essencial para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para o seu reconhecimento nas equipas multidisciplinares.	N IV
A7	Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU	2016	- Analisar as causas relacionadas aos profissionais de saúde, que contribuem para a deteção tardia de deterioração do doente. - Avaliar a adesão a e eficácia de um <i>score</i> já implementado nas	Estudo retrospectivo de revisão de 50 registos de doentes com admissões inesperadas da enfermagem para a UCI, num Hospital Universitário em Amsterdão.	Foram identificadas 156 causas principais, sendo as mais comuns: -46 % falhas na monitorização dos doentes; -45% doenças dos próprios doentes; -3% falta de organização.	Elaboração de estratégias para melhorar a monitorização dos doentes.	NV

	Admissions		enfermarias gerais para o reconhecimento precoce de doentes em deterioração, transferidos para a UCI.		Em relação ao score, conclui-se que apenas 1% dos doentes com deterioração precoce foram reportados, embora 43% tenham sido avaliados com um score elevado, sugerindo a fraca monitorização dos doentes.		
A8	A qualitative exploration of escalation in acute ward setting.	2019	Mapear as barreiras e os fatores facilitadores para o reconhecimento da deterioração do doente em ambiente de enfermaria de urgência e identificar os fatores modificáveis.	55 horas de observações qualitativas em 2 hospitais do NHS, em 12 enfermarias médicas e cirúrgicas. Os domínios observados foram: o Score de NEWS tendo em conta a sua sensibilidade, especificidade e resposta clínico do doente; Causas que afetam as decisões clínicas e as características da comunicação da equipa.	Barreiras: Falta de comunicação entre médicos e enfermeiros -Falta de precisão da escala para algumas situações; Interpretação errada de <i>scores</i> e tomadas de decisão; -Excesso de carga de trabalho; - Falta de rigor no uso da escala por parte dos enfermeiros.	Estas conclusões demonstram que continuam a existir barreiras de comunicação significativas nos cuidados de saúde que são muito prejudiciais em doentes que necessitam de cuidados mais complexos pois estão em maior risco. Os resultados podem ser mobilizados para a prática clínica, encorajando a equipa a antecipar a deterioração e a compreender melhor a linha que separa a avaliação do EWS com o juízo clínico	NI
A9	The effect of the quality of vital sign	2015	Avaliar a qualidade dos registos de sinais vitais e	Foram colhidos todos os registos de sinais	- A qualidade de Registos dos Sinais Vitais: auxilia nas	Devem ser elaboradas estratégias para melhorar a	NIII

	<p>recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward</p>		<p>do MEWS (Modified Earning Warning Score) numa Unidade de Trauma Agudo e descrever o impacto na tomada de decisões clínicas, num Hospital regional na África do Sul.</p>	<p>vitais entre janeiro e fevereiro de 2013 e o MEWS que foi aplicado por rotina em todos os doentes. No total recolheram-se registos de 181 doentes.</p>	<p>decisões de gestão, indicando os aspetos fisiológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A má qualidade de registos de sinais vitais levou à subestimação das condições fisiológicas dos doentes - O impacto na tomada de decisões clínicas do MEWS: pode ser uma boa ferramenta para capacitar os enfermeiros na deteção precoce de alterações dos doentes bem como fornecer uma estrutura para comunicar a gravidade da deterioração entre os profissionais de saúde. 	<p>qualidade do registo de sinais vitais, por exemplo formação contínua e aumento do número de profissionais.</p>	
--	--	--	--	---	---	---	--

3.4. Discussão

A análise dos artigos *supracitados* permite concluir que as omissões nos registros de enfermagem (Keene et al., 2017), a deficiente comunicação entre profissionais de saúde, a falta de rigor no uso das escalas (Ede et al., 2020) e o déficit de conhecimentos dos enfermeiros (Dalton et al., 2018) são as principais causas das falhas na detecção de complicações dos doentes.

Noutro âmbito, contrapondo a importância atribuída à utilização de escalas de alerta precoce (Royal College of Physicians, 2012), perante uma utilização ineficaz dessas mesmas escalas, surge como consequência a denominada “fadiga de alerta”, com implicações graves no que diz respeito à monitorização clínica do doente (Peterson et al., 2017).

Adicionalmente, Romero-Brufau et al. (2019) salientam a importância da experiência clínica dos enfermeiros tendo em conta a sua preocupação com o doente (*worry factor*) e acrescentam ainda que a experiência, aliada ao juízo clínico preconizado por Dalton et al. (2018), aumenta a probabilidade de uma monitorização eficaz do doente.

A evidência demonstra o impacto dos sistemas de monitorização na qualidade dos cuidados de enfermagem dando ênfase à dimensão “tempo de resposta” das equipas de emergência médica. Assim, estas equipas são tão mais eficazes no tempo de resposta quanto mais diferenciada for a avaliação do doente. Conclui-se, portanto, que as equipas de emergência médica hospitalares devem ser compostas por profissionais experientes e que as ativações das mesmas devem ser iniciadas após a observação criteriosa dos doentes e não apenas por uma chamada telefónica do enfermeiro responsável pelo doente (Won et al., 2017).

Plate et al. (2018) referem ainda que as escalas de monitorização precoce são úteis na enfermaria ou no serviço de observação da urgência, mas quando utilizadas em unidades onde os doentes estão continuamente monitorizados, demonstraram-se ineficazes.

Por fim, a literatura é unânime na ênfase atribuída às intervenções de enfermagem dirigidas ao doente para a deteção precoce de alterações fisiológicas, nomeadamente: a comunicação eficaz do estado fisiológico do doente, o correto registo de sinais vitais, o cumprimento de protocolos de atuação e a ativação das equipas de emergência médica.

3.5. Conclusão

Em suma, a comunicação pró-ativa entre os profissionais de saúde, o conhecimento teórico e *know-how* dos enfermeiros e uma adequada manutenção de registos clínicos, representam um barómetro por excelência de uma prática eficaz de enfermagem, salvaguardando a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Mais, a existência de protocolos de atuação e de equipas diferenciadas de emergência médica nos hospitais são de suma importância, pois garantem que todos os profissionais trabalham de forma coerente e uniformizada, tornando a comunicação rápida, competente e eficaz. Ainda assim, a presente *scoping review* evidencia um significativo caminho a percorrer no desenvolvimento das intervenções de enfermagem, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

3.6. Referências Bibliográficas

American Heart Association (2020). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142 (Suppl. 2), S337-S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>

Clarke, J., & NHS Institute for Innovation and Improvement (Eds.) (2008). The 'How to Guide' for Reducing Harm from Deterioration. National Health Service (NHS). <http://www.norfolk.org.uk/Resources/Documents/Resources%20documents/patientsafetyfirst.nhs.uk%20%20Deterioration%20Guide.pdf>.

Dalton, M., Harrison, J., Malin, A., & Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal Nursing*, 27(4), 212-218. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.212>. PMID: 29457945.

- Ede, J., Jeffs, E., Vollam, S., & Watkinson, P. (2020). A qualitative exploration of escalation of care in the acute ward setting. *Nursing in critical care*, 25(3), 171–178. <https://doi.org/10.1111/nicc.12479>
- Jones, D., Bellomo, R., & DeVita, M. A. (2009). Effectiveness of the medical emergency team: the importance of dose. *Critical Care*, 13, 313. <https://ccforum.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/cc7996.pdf>
- Keene, C. M., Kong, V. Y., Clarke, D. L., & Brysiewicz, P. (2017). The effect of the quality of vital sign recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward. *Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi*, 20(5), 283–287. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2016.11.008>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2015). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (T. F. Galvão & T. S. A. Pansani, trans.). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.
- Peterson, J., Rasmussen, L., & Rydahl-Hansen, S. (2017). Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 17(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-017-0147-0>
- Plate, J. D. J., Peelen, L. M., Leenen, L. P. H., & Hietbrink, F. (2018). Validation of the VitalPAC Early Warning Score at the Intermediate Care Unit. *World Journal of Critical Care Medicine*, 7(3), 39-45. <http://dx.doi.org/10.5492/wjccm.v7.i3.39>
- Romero-Brufau, S., Gaines, K., Nicolas, C., Johnson, M., Hickman, J., & Huddleston, J. (2019) The fifth vital sign? Nurse worry predicts inpatient deterioration within 24 hours. *JAMIA Open*, 2(4), 465–470. <http://dx.doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz033>
- Royal College of Physicians (2012). *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party*. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/national-early-warning-score-standardisingassessment-acute-illness-severity-nhs.pdf>.
- U. S. National Library of Medicine (2020). *Medical Subject Headings 2020*. National Institutes of Health. <https://meshb-prev.nlm.nih.gov/search>
- Van Galen, L. S., Struik, P. W., Driesen, B. E., Merten, H., Ludikhuizen, J., van der Spoel, J. I., Kramer, M. H., & Nanayakkara, P. W. (2016). Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. *PloS one*, 11(8), e0161393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161393>

Ward, M. E., Wakai, A., McDowell, R., Boland, F., Coughlan, E., Hamza, M., Browne, J., O'Sullivan, R., Geary, U., McDaid, F., Éidín Ní Shé, J., Drummond, F., Deasy, C., & McAuliffe, E. (2019). Developing outcome, process and balancing measures for an emergency department longitudinal patient monitoring system using a modified Delphi. *BMC Emergency Medicine*, 19(7). <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-018-0220-3>

Won, S., Young, K. H., Ran, L. M., Suk, H. Y., Eun, L., Ju, K. E., ... Chan, K. S. (2017). Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations. *Korean Journal of Critical Care Medicine*, 32(2), 124-132. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2017.00199>

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

4.1. Enquadramento

A prática clínica, derradeira fase deste curso de Mestrado, decorreu em três momentos distintos, sendo o objetivo geral o desenvolvimento de competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, transversal a todos os campos de estágio. Com o propósito de desenhar um percurso promotor do desenvolvimento de competências especializadas, recorri ao Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 429/2018 (OE, 2018), de 16 de julho, refletindo todas as atividades desenvolvidas com base no mesmo, de forma a demonstrar a aquisição de competências. Todas as atividades descritas de seguida foram executadas com autonomia, ainda que com a supervisão contínua dos orientadores de estágio. A busca de conhecimento teórico para fundamentar a minha *práxis* diária também foi um fator decisivo no meu desenvolvimento.

Neste contexto de pandemia, todos tivemos que nos adaptar a constrangimentos de várias dimensões, o que obrigou à constante redefinição e reestruturação de objetivos da prática clínica do Mestrado. Escolhi orientar os meus objetivos e atividades ao longo dos estágios com base na pesquisa direcionada à *Scoping Review: Intervenções de Enfermagem na deteção Precoce de alterações fisiológicas em doentes em contexto intra-hospitalar*. De forma a descrever detalhadamente o caminho no desenvolvimento de competências especializadas, irei abordar de seguida o meu percurso pelos quatro campos de estágio.

4.2. Serviço de Urgência

Este estágio foi realizado em dois locais. De 18 de fevereiro a 8 de março de 2020, decorreu num Hospital Central de Lisboa, durante 80 horas de contacto. De seguida, durante 72 horas num Hospital Distrital, com início a 10 de março,

interrupção a 11 de março por motivos de saúde pública relacionados com o surto pandêmico Sars-Cov-2 e retomando a 15 de maio até 27 de junho de 2020.

Conforme estipulado pela Direccão-Geral de Saúde (2001), existem Níveis de Urgência Geral Hospitalar com diferentes classificações, sendo eles os Serviços de Urgência Básica, Serviço de Médico-Cirúrgica e os Serviços de Urgência Polivalente. Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica correspondem ao primeiro nível em situações de urgência/emergência e para isso é necessário que todos os Hospitais com este nível de urgência disponham de atendimento especializado para dar resposta a situações complexas. Esse atendimento determina assumir especialidades como Cardiologia, Medicina Interna, Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente, Urologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrino, Imuno-Hemoterapia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Sala de Bloco Operatório, Patologia Clínica, Diálise e Imagiologia.

Os Serviços de Urgência Polivalente funcionam como Urgência Médico-Cirúrgica para a sua área de influência e constituem o segundo nível de diferenciação técnica para as situações de urgência/emergência. Devem estar localizados em Hospitais Centrais e para além das valências de uma Urgência Médico-Cirúrgica, as Urgências Polivalentes contam ainda com Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética e Patologia Clínica com Toxicologia.

Recorrendo às competências comuns do enfermeiro especialista consagradas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019 (OE, 2019), de 6 de fevereiro, e às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica apresentadas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 429/2018 (OE, 2018), de 16 de julho, elaborei um projeto, no início do estágio, onde delineei um conjunto de objetivos específicos para o autodesenvolvimento das mesmas:

- 1) Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência;
- 2) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência.

Para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência geral, a minha integração nos postos de urgência dos dois hospitais, um hospital central de Lisboa e um hospital distrital, foi essencial. Durante o estágio, para conseguir alcançar os objetivos acima descritos, acompanhei o percurso do doente tendo em conta a sua situação clínica, e observei as várias dinâmicas da sala de reanimação e a organização do Serviço de Observação, aspetos estes que serão abordados de seguida. O meu estágio concentrou-se no posto da reanimação, o mais dedicado ao doente em estado crítico, sendo que a sua abordagem requer competências complexas e diferenciadas.

A Sala de Reanimação é o posto no Serviço de Urgência Central (SUG) onde os doentes são dirigidos aquando da necessidade urgente/emergente de cuidados especializados. Os doentes são transportados pela Viatura de Emergência Médica (VMER), sendo dispensada a passagem pelo posto de triagem. Na Urgência deste Hospital Central, existem duas Salas de Reanimação com capacidade para cuidar de quatro doentes em simultâneo. Como em todas as Urgências Hospitalares, os cuidados ao doente seguem as orientações difundidas através dos seguintes protocolos de administração, elaborados por autoridades de saúde.

- Via Verde AVC (Norma da DGS n.º 015/2017; DGS, 2017);
- Via Verde Coronária (Norma da DGS n.º 002/2018; DGS, 2018b);
- Via Verde Trauma (Normas de Boa Prática em Trauma; Ordem dos Médicos, 2009);
- Via Verde Sepsis Adulto (Norma da DGS n.º 010/2016; DGS, 2016);

- Transportes de Doentes Críticos (Guia para os Transportes de Doentes Críticos; Documento elaborado pela Ordem dos Médicos e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A abordagem e o tratamento do doente com uma situação aguda constituem um desafio complexo que decorre habitualmente num ambiente de elevada pressão, conforme descrito no cenário seguinte, que vivenciei no decurso do estágio. No turno da manhã, um senhor de 70 anos é trazido à Urgência pela VMER por alterações do estado de consciência. Segundo a informação da equipa médica da VMER, é encontrado em casa com uma avaliação da Escala de Coma de Glasgow de *score* 4, motivo pelo qual lhe é colocada uma via aérea avançada. À entrada na Reanimação o doente é avaliado com base na abordagem *Air-Breath-Circulation-Disposure-Exposure* (ABCDE), enquanto são solicitados pelo médico alguns exames complementares de diagnóstico, como o Electrocardiograma de 12 derivações, análises sanguíneas e a Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica (TAC CE).

Aferiu-se, com recurso às informações veiculadas pela equipa médica da VMER, a inexistência de um histórico de quedas, pese embora, a ocorrência de um adormecimento repentino, conforme relatado pelo cônjuge.

A Tomografia Axial Computorizada revelou um extenso Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, sem indicação cirúrgica, mas com necessidade de internamento no Serviço de Neurocríticos. Uma vez que não havia vaga, o doente permaneceu na Reanimação, tendo sido a família contactada telefonicamente e explicada a situação. Neste caso concreto, realizei a abordagem ABCDE, efetuando os registos de enfermagem e tendo ainda participado ativamente no transporte do doente para o Serviço de Neurocríticos, aquando da vaga. A abordagem ABCDE, segundo o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2019), traduz-se numa avaliação primária e sistematizada de um doente com o objetivo de garantir as suas funções vitais. Apesar de ser uma competência de enfermeiros de cuidados gerais em contexto de urgência, ao efetuar esta avaliação de forma segura e fundamentada,

demonstrei, de acordo com Regulamento OE n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018), *conhecimentos na prestação de cuidados especializados*. Além do mais, assegurei o transporte do doente em estado crítico, algo que faço diariamente na UCI onde trabalho, *demonstrando e reconhecendo competências na minha área de especialidade*, como consta do Regulamento citado anteriormente.

Durante a sua permanência na Reanimação, tive também oportunidade de assegurar os cuidados específicos ao doente com ventilação mecânica invasiva e cateter arterial, uma vez que também consubstanciam intervenções ligadas à minha área de atuação diária. Nesse momento, para além de elucidar os colegas da urgência relativamente aos cuidados na prevenção da pneumonia associada à ventilação, pude também demonstrar competências na manutenção do cateter arterial, uma vez que este não se encontrava permeável, *implementando respostas de enfermagem adequadas às complicações*, como consta no Regulamento OE n.º 429/2018 (OE, 2018). Adicionalmente, enquanto o doente aguardava a transferência, pude também dar a conhecer às minhas colegas recém-licenciadas da urgência as escalas de sedação *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*, delírio *Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU)* e avaliação da dor aplicadas aos doentes ventilados. Também, pude tranquilizar as colegas em relação à ausência da dor no doente em questão, *demonstrando conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia* (OE, 2018). O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015). Assim, perante o diagnóstico, o doente foi transferido para a UCI neurocríticos, sendo a sua família prontamente contactada pelo médico responsável com vista à divulgação do estado clínico. Não tendo tido, neste caso concreto, o papel de elo de ligação com a família do doente, pude, no entanto, corroborar junto da minha orientadora a realização deste contacto.

O Suporte Avançado de Vida (SAV) é, segundo a *American Heart Association* (American Heart Association, 2020), um conjunto de manobras médicas com o

objetivo da ressuscitação e estabilização de um doente, com base em cadeias de sobrevivência. Durante o meu estágio de Urgência tive oportunidade de prestar cuidados a um doente vítima de paragem cardiorrespiratória, demonstrando *conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida*, descritas no Regulamento OE n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018). O doente em questão, chegou ao Hospital ainda em paragem cardiorespiratória. Na reanimação, é iniciado o segundo ciclo de suporte avançado de vida sem recuperação da circulação espontânea. Antevendo a necessidade da administração de fármacos endovenosos, uma vez que estávamos perante ritmos desfibrilháveis, preparei precocemente 300 mg de Amiodarona, *respondendo de forma pronta e antecipatória ao foco de instabilidade em questão*. O doente esteve sujeito à ressuscitação contínua durante 10 minutos, tendo sido encaminhado para o Serviço de Hemodinâmica, altura em que a família foi contactada.

Ao observar a dinâmica da equipa de urgência, composta por um *team-leader*, um médico e dois enfermeiros, testemunhei o elevado grau de organização, método e harmonia existente, comprovada pela eficaz comunicação no cumprimento do algoritmo. Apesar da minha familiarização com as técnicas associadas ao momento da desfibrilhação, optei apenas por observar o processo, ao invés de me voluntariar para o manuseamento do desfibrilhador, *reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais*, uma competência descrita no Regulamento OE n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018).

4.2.1. Serviço de Urgência Central - Serviço de Observação

O Serviço de Observação deste Hospital tem 12 camas destinadas à vigilância contínua dos doentes e ao seu posterior encaminhamento para as diferentes especialidades, de acordo com o diagnóstico clínico. Realizei apenas um turno no Serviço de Observação deste Hospital, revelou-se uma experiência útil, na medida em que pude compreender como são orientadas as prioridades, como é gerido o serviço e a relação dos profissionais de saúde com o doente e sua família.

É consensual a importância da família na recuperação do doente e da sua integração no plano de cuidados, uma vez que a relação de ajuda está associada a melhorias na satisfação do doente e na adesão ao tratamento. É consensual a importância da família na recuperação do doente e da sua integração no plano de cuidados, uma vez que a relação de ajuda está associada a melhorias na satisfação do doente e na adesão ao tratamento. Para Figueiredo (2012), a família tende a proteger a saúde dos seus membros tanto física como psicologicamente.

Tendo em conta a conjuntura pandémica, as instituições de saúde estão a lidar com um novo cenário de ações que envolve não só os profissionais e os doentes, como também as suas famílias. Assim, com o intuito de suprimir a drástica diminuição das visitas Hospitalares, foi possível agendar diariamente uma videoconferência entre o doente e os familiares diretos assim como uma chamada entre o profissional responsável e o familiar de referência, com o intuito de fornecer uma atualização sobre o estado clínico do doente.

Durante o turno no Serviço de Observação, não contactei pessoalmente com nenhum familiar dos doentes a meu cuidado, devido às medidas de restrição de visitas impostas pelo hospital em virtude do contexto pandémico. No entanto, no âmbito do acolhimento de uma doente a quem prestei cuidados, tive a oportunidade de explicar as limitações em matéria de visitas resultantes do atual contexto pandémico, evidenciando as estratégias adotadas para atenuar a ausência dos familiares. Destes, destaca-se, nomeadamente, a introdução de um regime excecional de utilização de telefones e a instituição de uma prática diária de realização de duas chamadas telefónicas – uma delas por parte do médico, outra pelo enfermeiro responsável – para os familiares. Assim, os cuidados de enfermagem à família neste novo contexto são particularmente desafiantes para os profissionais de saúde e para os familiares do doente. Os primeiros têm como objetivo a clarificação diária da situação clínica e a gestão da ansiedade dos familiares, face à suspensão do direito de visitas. Estes últimos, deparados com a impossibilidade de presenciar as alterações clínicas do seu ente, procuram refugiar-

se nas palavras e no consolo do profissional. Segundo Twycross (2003), a ansiedade face à separação dos familiares pode ser mitigada promovendo a sua integração nos cuidados. Neste sentido, apercebi-me do papel preponderante que um enfermeiro desempenha nestas interações telefónicas, minimizando o sofrimento da família e, simultaneamente, estabelecendo um contexto favorável ao processo de recuperação do doente. Esta experiência de relação à distância com a família foi de suma importância para o meu desenvolvimento profissional, na medida em que pude testemunhar em primeira mão os efeitos da ausência da família no doente, como stress e ansiedade. Mais, tornou-se evidente que a veiculação das informações sobre o estado clínico do doente unicamente por chamada telefónica representava muitas vezes um obstáculo à compreensão das mesmas, sendo notória a dificuldade em integrar diagnósticos complexos sem a proximidade e o à vontade que o encontro físico proporciona. Com o intuito de superar estes desafios, juntamente com a equipa de enfermagem, tomámos a iniciativa de recorrer a videochamadas diárias com os familiares dos doentes, procurando expor o respetivo quadro clínico de forma mais clara e pessoal, eliminando parcialmente a barreira da distância física. No caso particular dos doentes a quem prestei cuidados, promovi o acontecimento dessas chamadas duas vezes por turno, uma de manhã e outra à tarde. Para além das barreiras de comunicação a que estamos familiarizados como as questões culturais, as barreiras linguísticas, a questões da literacia em saúde, a conjuntura pandémica trouxe-nos a evidência de que a ausência física dos familiares constitui também uma barreira de comunicação. É de realçar, como referi anteriormente, que durante o meu estágio, procurei criar estratégias para colmatar esta barreira de comunicação promovendo as chamadas telefónicas e, no caso particular de um doente, com uma alteração do estado de consciência que o impedia de estar completamente consciente da sua situação e por conseguinte, realizar uma comunicação eficaz via telefone, procurei realizar uma videochamada com a sua família em que eu estava presente e interagiu tanto com a sua família como com o doente, de forma a clarificar a mensagem a ambas as partes, fazendo desse

momento, um momento de comunicação mais prazeroso. Estes momentos de interação permitiram-me *demonstrar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”* (OE, 2018).

4.2.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica - Sala de Reanimação

Neste Hospital Distrital, existe uma Sala de Reanimação com capacidade para receber um doente de cada vez. No decurso do estágio, tive oportunidade de conhecer a dinâmica de todo o Serviço de Urgência, com particular ênfase na Sala de Reanimação e do Serviço de Observação. Após retomar o estágio no seguimento da interrupção por motivos de saúde pública, foi notório o resultado do processo de reorganização do Hospital, criando dois circuitos. Um circuito “limpo” e outro destinado a doentes com infeção por SaRs-CoV-2. Apesar de trabalhar numa UCI de isolamento respiratório COVID-19, em virtude das circunstâncias excecionais, prestei cuidados exclusivamente na zona “limpa” da urgência devido a regras protocoladas para a segurança dos estudantes em prática clínica.

Durante o meu percurso na Urgência, apesar de não ter presenciado nenhuma situação emergente na Reanimação, tive oportunidade de participar na avaliação de doentes através da abordagem ABCDE, desenvolvendo os meus conhecimentos neste âmbito. Adicionalmente, presenciei a entrada de um doente, vítima de enfarte agudo do miocárdio, tendo atuado segundo o Protocolo Via Verde Coronária elaborado pelo Hospital, com base na Norma da DGS n.º 002/2018 (DGS, 2018b). Este doente, de 66 anos, sexo masculino, entrou na urgência com dor precordial e dispneia. Segundo a norma *supracitada*, concomitantemente à avaliação do doente na reanimação através da abordagem ABCDE, devido à dor torácica e à dispneia apresentadas, realizou-se uma eletrocardiograma de 12 derivações, que no caso indicaram um Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

O diagnóstico do Enfarte agudo do miocárdio é assumido com base nos sintomas clínicos, nos valores de troponina sanguínea e nas alterações cardíacas. Para se confirmar o diagnóstico de Enfarte agudo do miocárdio é necessária a deteção de um aumento e/ou diminuição de um biomarcador cardíaco, de preferência troponina cardíaca de alta sensibilidade (hs-cTn) T ou I e pelo menos um dos seguintes critérios (Roffi et al., 2015):

- Sintomas de isquémia do miocárdio;
- Alterações no Eletrocardiograma (Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, Bloqueio agudo de ramo esquerdo ou Enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST;
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG;
- Evidência de imagem de perda de miocárdio viável ou nova parede regional;
- Trombo intracoronário detetado na angiografia ou autópsia.

Em caso de Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST ou Bloqueio agudo de ramo esquerdo, o tratamento, nos termos da Norma da DGS n.º 002/2018 (DGS, 2018b), é a tentativa imediata de reperfusão coronária denominada por angioplastia primária, que se traduz na colocação de um stent por meio de um cateterismo, com o objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo do miocárdio. Segundo as Orientações da *American Heart Association* (American Heart Association, 2020), o diagnóstico e o tratamento do enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento ST deve ser realizado rapidamente sob risco de graves danos para o doente. Assim, com o intuito de otimizar o tempo de atendimento, recomenda-se que o “tempo porta-balão” (tempo desde a entrada do doente no Hospital até à realização de uma angioplastia) não exceda os 90 minutos.

Por consequência, após o contacto com o Serviço de Hemodinâmica de um Hospital central que confirmou a necessidade de angioplastia primária, procedi aos seguintes cuidados ao doente:

- Monitorização hemodinâmica contínua;
- Colocação de oxigénio;
- Colocação de um acesso venoso periférico;
- Preparação para o eletrocardiograma das 12 derivações;
- Colheitas de sangue para doseamento de marcadores cardíacos;
- Preparação e administração de terapêutica específica dirigida, nomeadamente, anticoagulantes e terapêutica para controle da dor;
- Preparação para o transporte para realização de angioplastia coronária urgente.

Durante esta situação, foi notória a ansiedade do doente. Deste modo, após administração da terapêutica, enquanto aguardávamos o transporte, tive a oportunidade, juntamente com o médico, de enquadrar detalhadamente o doente no que concerne a sua situação clínica. Em particular, prestámos esclarecimentos em relação às possíveis causas do enfarte e tranquilizamo-lo relativamente aos seus sintomas de dor e desconforto torácico, consequências naturais do enfarte agudo do miocárdio. Por fim, sublinhámos a importância do procedimento (Angioplastia Coronária) que iria ser realizado noutra Hospital de Lisboa. A comunicação, como processo interativo, deve ser realizada de forma clara e organizada com posterior avaliação da compreensão do doente (Shillinger et al., 2003). Foi isso que, juntamente com o médico, procurámos fazer, verificando que, no fim da explicação, o doente se mostrou menos ansioso.

O episódio acima referido contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais fundamentais para a prática profissional. Nomeadamente, a aplicação de técnicas de comunicação e de relacionamento interpessoal adaptadas a um doente com sinais de ansiedade, permitiram a apaziguação imediata do seu estado ansiogénico.

Adicionalmente, a prestação de informações atualizadas ao doente acerca do seu estado clínico de forma clara e apropriada, bem como a resposta célere às suas inquietações e solicitações permitiram uma maior consciencialização da sua condição. Pude, assim, compreender a importância de um discurso claro, estruturado e paciente na tranquilização do doente crítico, assim como a relevância da dimensão relacional nos cuidados de enfermagem. A relação de ajuda, tão presente nas teorias de enfermagem tem como foco central o doente e a relação com ele através da empatia, escuta ativa e comunicação. Com esta situação procurei *demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica* e a utilização *adequada de habilidades de relação de ajuda junto à pessoa em situação crítica*, duas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do doente crítico (OE, 2018).

4.2.3. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica - Serviço de Observação

À semelhança de todos os Hospitais a nível Nacional, a comunicação com as famílias dos doentes ficou circunscrita a telefonemas diários, sendo da responsabilidade dos enfermeiros essa gestão. A angústia dos familiares neste tempo de particular incerteza corrobora a importância da intervenção do enfermeiro como dinamizador da interação família-doente. Merle Mishel (1988) define a incerteza como a incapacidade de determinar o significado da doença. Esta incerteza é partilhada tanto pela família como pelo doente e por isso, enquanto enfermeiros devemos estar preparados para definir estratégias e intervenções personalizadas para lidar com a incerteza dos doentes e das suas famílias.

Neste contexto de estágio, fiquei responsável por telefonar aos familiares de um doente de 80 anos, de sexo feminino, com o diagnóstico de infeção urinária que, após três dias no Serviço de Observação, reunia as condições clínicas para a alta hospitalar. Durante o telefonema, a família demonstrou-se preocupada com a celeridade com que a doente recuperou, temendo um agravamento posterior do seu

quadro clínico. Foi neste momento que prestei esclarecimentos sobre a eficácia da resposta ao tratamento de antibioterapia e que o mesmo poderia continuar a ser ministrado em casa em segurança, mitigando o risco de infeções hospitalares. Adicionalmente, expliquei à família a importância da sua participação ativa na recuperação da doente face à maior necessidade de apoio no seu autocuidado. Neste sentido, penso que fui capaz de assegurar à família que a situação clínica da senhora permitia o seu regresso ao domicílio de forma esclarecedora, bem como o seu papel fulcral na recuperação, *demonstrando conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, familiar/cuidador em situação crítica* (OE, 2018).

No Serviço de Observação deste Hospital, tive oportunidade de, a pedido da minha orientadora, partilhar o meu conhecimento em relação à manutenção e aos cuidados a ter com doentes com drenagem torácica e ao apoio na colocação de cateter venoso central, de acordo com as normas definidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do Hospital em questão. O doente submetido às técnicas em questão, de 24 anos, sexo masculino, foi hospitalizado pela primeira vez na sua vida adulta.

As drenagens torácicas são uma técnica que têm como finalidade remover fluídos, conteúdo gasoso ou purulento da cavidade pleural, de forma a melhorar significativamente a função respiratória do doente (Lúcio & Araújo, 2011). Devido à sua complexidade, é imperativo cumprir todas as técnicas que diminuem o risco de infeção.

Ora, essas normas e metas de prevenção e controlo de infeção são emitidas pela DGS (2017) e cabe a cada Hospital mobilizá-las com a sua PPCIRA. Neste caso específico, pude atuar como formadora diferenciada no Serviço de Observação no que diz respeito aos cuidados a ter na manutenção da drenagem torácica, através do protocolo existente no serviço, sendo eles (Castilho et al., 2000):

- Manter sempre o sistema de drenagem abaixo do nível de inserção dos drenos de forma a manter o fluxo gravitacional;
- Verificar a oscilação dentro do tubo:

- Na ventilação espontânea, sobe durante a inspiração e desce durante a expiração;
- Na ventilação invasiva desce durante a inspiração e sobe durante a expiração;
- Causas da cessação líquido no tubo (expansão pulmonar ou obstrução);
- Perante uma aspiração ativa a baixa pressão, o enfermeiro deve:
 - Instilação de água na câmara de aspiração;
 - Verificar o borbulhar da água na câmara de aspiração;
 - Verificar a inexistência de oscilação no tubo de drenagem;
- Não obstruir a entrada de ar atmosférico para o sistema de drenagem prevenindo o aumento de pressão no sistema e provocando lesões pulmonares;
- Manter o sistema de drenagem sem dobras ou alças pendentes, evitando a pressão retrógrada excessiva;
- Efetuar a mudança do sistema de drenagem sempre que necessário (Empiema – 48 horas; Hemotórax/ Pneumotórax – 72 horas).

O enfermeiro está presente em todas as fases dos cuidados ao doente com drenagem torácica, afigurando-se essencial o seu conhecimento acerca do procedimento (Lúcio & Araújo, 2011). Estes cuidados devem ter como foco primordial o doente e a sua capacidade para executar as atividades de vida diária com vista à manutenção do seu bem-estar. Neste caso concreto, informei o doente acerca da importância de alternar posicionamentos para facilitar a remoção de secreções e da possibilidade do uso de analgésicos para o alívio da dor e desconforto. Todos estes ensinamentos foram também realizados de modo a reduzir o nível de stress e ansiedade no doente (Lúcio & Araújo, 2011), que manifestava sinais de tensão mental e física, com alterações relevantes a nível fisiológico e comportamental, *demonstrando capacidade de cuidar da pessoa a vivenciar processos*

complexos de doença crítica e mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

Relativamente ao apoio na colocação do cateter venoso central, no doente referido anteriormente, cumpre sublinhar que todo o procedimento foi preparado e efetuado segundo as normas da DGS no que diz respeito ao “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com o cateter Venoso Central” (DGS, 2015).

Esta experiência foi muito enriquecedora a nível pessoal e profissional. Tanto o desempenho do papel de aconselhamento na preparação de colocação do cateter venoso central, como o esclarecimento de dúvidas dos colegas relativamente aos procedimentos em questão e a tentativa de redução do stress do doente contribuíram para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em médico cirúrgica no que diz respeito ao *desempenho do papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à minha área de especialidade e a demonstração de conhecimentos nas diretivas das comissões do controlo de infeção* (OE n.º 429/2018 de 16 de julho).

Relativamente ao segundo objetivo delineado e tendo por base a importância da formação contínua dos profissionais como princípio de desenvolvimento teórico e profissional, optei por definir um plano formativo acerca da escala de NEWS, com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência. A escala de NEWS, é uma ferramenta amplamente utilizada no National Health Service, com o objetivo de detetar precocemente as alterações fisiológicas no doente crítico. Segundo a Royal College of Physicians (2012), a conceção desta escala surge a partir da necessidade de criar uma linguagem standardizada para traduzir, em tempo útil, o estado clínico do doente, através da avaliação dos seguintes parâmetros:

- Frequência respiratória;
- Saturação periférica de oxigénio;
- Pulso;
- Tensão arterial;

- Estado de consciência;
- Temperatura.

A escala gera um *score* clínico que permite tomar decisões fundamentadas e testadas com base na evidência. Assim, cada doente deverá ser avaliado consoante os parâmetros referidos anteriormente, resultando num *score* de 0 a 7 valores, que indicará a necessidade da frequência da monitorização dos sinais vitais. Concretamente, um doente com *score* de 0, tem indicação para ser reavaliado novamente apenas 12 horas depois, enquanto um doente com um *score* de 7, deverá ser sujeito a uma monitorização contínua e a sua avaliação será no sentido de perceber a necessidade ou não de ser internado em Cuidados Intensivos ou Intermédios, como apresenta a tabela 3.

Tabela 3. *Score* de NEWS (Royal College of Physicians, 2018)

Score	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	12/12 horas	Manter avaliação
1-4	4/4 horas	Avaliar a necessidade de monitorização contínua
3 num único parâmetro	1/1 hora	Informar médico e considerar risco de sépsis
>5	1/1 hora	Informar médico e considerar risco de sépsis Monitorizar o doente
>7	Monitorização contínua de sinais vitais	Avaliar a necessidade de cuidados intermédios e/ou intensivos

A opção por esta escala, relaciona-se com a importância da sua utilização no Serviço de Urgência, onde os doentes com deterioração clínica têm uma necessidade frequente de monitorização e assim, importa *promover estratégias inovadoras de prevenção de risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação* (OE, 2018).

Durante um turno que realizei no SO, tive oportunidade de aplicar esta escala e demonstrar os resultados à minha orientadora, de forma a *prestar cuidados à pessoa*

em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2018). A maioria dos doentes, apresentaram um *score* entre 0 e 4, o que corresponde à necessidade de reavaliar de 12 em 12 horas ou de 4/4 horas, respetivamente. A utilização da escala apenas será eficaz quando esta estiver instituída no Serviço e quando todos os profissionais estiverem aptos a utilizá-la.

Assim, com o intuito de dar a conhecer esta escala aos enfermeiros do Serviço de Urgência, propus à minha orientadora, o agendamento de uma ação de formação, que por constrangimentos relacionados com a conjuntura sanitária atual, não foi possível realizar-se. No entanto, partilhei a minha apresentação em suporte digital com a orientadora que a avaliou positivamente.²

O estágio no serviço de urgência foi crucial no meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista. Para além de ser um local com necessidade de prestação de cuidados a muitos doentes em estado crítico é também um local onde existe uma grande aposta na formação de profissionais de excelência o que contribuiu muito para o meu desenvolvimento.

4.3. Unidade de Cuidados Pós Anestésicos / Bloco Operatório

Este estágio decorreu num Hospital Distrital de Lisboa, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos/ Bloco, que se situa junto à UCI Polivalente. O Bloco Operatório é constituído por seis salas devidamente equipadas e uma Sala de Urgência que neste momento é dedicada às cirurgias de doentes infetados com o vírus SARS-coV-2. As salas estão organizadas de acordo com a especialidade da intervenção cirúrgica, como ortopedia, oftalmologia, cirurgia geral, ginecologia, etc. O recobro decorre na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, que conta com 12 camas, das quais quatro estão reservadas para doentes com necessidade de vigilância contínua e até ventilação mecânica invasiva. Neste Serviço, os doentes

² APÊNDICE III

admitidos podem ser oriundos dos vários Serviços do Hospital, incluindo o Serviço de Urgência e a UCI, aquando da necessidade de uma intervenção cirúrgica urgente.

No Bloco Operatório verifica-se a existência de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros e assistentes operacionais, cirurgiões, anestesiológicos, técnicos de diagnóstico e técnicos de manutenção e limpeza.

O Serviço de Unidade Pós-Anestésica é um serviço com Protocolos Clínicos específicos e complexos, o que me permitiu desenvolver conhecimentos com que até então não tinha tido contacto. Como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do doente crítico, escolhi este estágio pela sua especificidade e por saber que o período de recobro é, por definição, um período crítico e de grande vulnerabilidade para o doente (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006). Assim, partindo da necessidade de criar um percurso de estágio produtivo em conhecimento e experiências, delineei dois objetivos principais:

- 1) Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Unidade Pós-Anestésica;
- 2) Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no âmbito da deteção precoce de complicações no doente através da escala de NEWS.

Relativamente ao primeiro objetivo, posso dizer que a minha permanência no Serviço foi muito útil na medida em que tive oportunidade de desenvolver conhecimentos especializados nesta área do cuidado, como a avaliação pós-cirúrgica do doente e a sua estabilização e transporte para a UCI. Uma vez que trabalho na UCI deste mesmo Hospital, já tinha tido a oportunidade de fazer o transporte de doentes para o Bloco e aguardar o seu retorno. Desta vez, tive a oportunidade de fazer exatamente o caminho inverso, tendo retirado um maior conhecimento e visibilidade do circuito do doente crítico no Hospital. Segundo o Parecer da OE nº 09/2017 (OE, 2017, p. 1), relativamente ao transporte do doente crítico, “O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para

a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor e competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, (...) e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites.” Em suma, apercebi-me da importância que tem um enfermeiro dominar os vários contextos do doente, como requisito essencial dos cuidados especializados - cuidados complexos que requerem uma avaliação e monitorização constantes (Coimbra & Amaral, 2016).

Neste contexto de estágio, o desenvolvimento de competências passou também pela avaliação do doente tendo em conta o seu *Score* de Alta Pós-Anestésica (SAPA). A alta do doente nos pós-cirúrgico considera o valor deste score, sendo que deverá ser igual ou superior a 12, desde que nenhum dos parâmetros seja classificado com 0. Tanto o *score* de NEWS referido anteriormente, como o *score* de SAPA, são avaliações realizadas pelos enfermeiros, procurando avaliar o doente tendo em conta a sua recuperação anestésica e o seu risco de deterioração. Assim, os *scores* referidos impactam diretamente a segurança e qualidade dos cuidados e com o intuito de *promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados*, revelaram-se ferramentas essenciais no decurso do meu estágio na UCPA.

Uma das competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento OE n.º 140/2019 (OE, 2019) é a *rentabilização das oportunidades de aprendizagem, através da iniciativa na análise de situações clínicas*. Como tal, dediquei-me à consulta dos protocolos clínicos do serviço e à pesquisa dos cuidados de enfermagem específicos aos doentes no pós-cirúrgico, com particular relevância nos doentes nos pós-cirurgia geral e ortopédica, os doentes que neste contexto de cuidados apresentam maior instabilidade hemodinâmica. A partir desta consulta, desenvolvi autonomia nos cuidados de enfermagem aos doentes na UCPA.

Num dos turnos que realizei, tive oportunidade de receber um doente com instabilidade hemodinâmica após realização de uma colecistectomia por via

laparoscópica com lesão iatrogénica do baço e consequente hemorragia intra-operatória. Este doente, referenciado para a UCI e a aguardar vaga, ficou ao meu cuidado na UCPA, tendo sido novamente uma importante aprendizagem na medida em que pude contactar pela primeira vez com um outro tipo de dispositivos de monitorização. Além disso, o ventilador utilizado na UCPA difere dos ventiladores utilizados na UCI, pelo que o manuseamento do mesmo contribuiu para uma nova oportunidade de aprendizagem.

Durante o estágio, foi-me pedido pela enfermeira-chefe do Bloco Operatório para ministrar diariamente, uma formação informal sobre a utilização do ventilador de transporte (LTV) aos colegas do Bloco Operatório. No Hospital, o transporte dos doentes ventilados é assegurado pela equipa da UCI, da qual faço parte. No entanto, devido ao volume de trabalho resultante da pandemia, esse transporte passou a ser assegurado pelos enfermeiros do Bloco Operatório, sendo como tal necessária, uma formação acerca do uso do ventilador.

Baseando-me no *LTV 1200 and 1150 Operator's Manual*, disponível no Hospital, estruturei a formação em quatro momentos:

- Apresentação dos constituintes do ventilador e sua montagem;
- Gestão dos Parâmetros ventilatórios e alarmes;
- Simulação assistida de montagem do ventilador;
- Perguntas e respostas.

Este momento de formação em serviço foi importante na medida em que pude continuar a desenvolver competências de enfermeiro especialista, atuando *como formadora oportuna em contexto de trabalho, participando no desenvolvimento profissional dos enfermeiros* (OE, 2018). Os momentos formativos são sempre enriquecedores e este demonstrou ser particularmente importante na medida em que era exigido aos colegas o domínio das funções do ventilador de transporte, e pude contribuir para o desenvolvimento destas competências. Uma formação fundamenta-se em ensinar e aprender, sendo uma competência essencial para a especialidade em enfermagem.

A formação em Enfermagem e a sua atualização constante é importante para que os enfermeiros sejam capazes de responder às necessidades dos doentes, sustentados em conhecimento científico (Varandas & Lopes, 2012). Assim, com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados e aliando isso à minha experiência profissional, identifiquei, juntamente com a minha orientadora, a importância de estudar o tema da deteção precoce de complicações fisiológicas do doente. Por consequência, conduzi uma sessão de formação³ sobre a escala de NEWS no dia 31 de junho de 2020, com o objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta temática e para a sua influência na qualidade dos cuidados. Na formação estiveram presentes 20 enfermeiros, que a consideraram uma mais-valia, no seguimento das respostas ao questionário⁴ de avaliação da ação de formação (80% dos formandos consideraram os conteúdos “muito interessantes”). Com esta atividade formativa pude desenvolver competências de enfermeira especialista no sentido de *investigar e colaborar em estudos de investigação* (OE, 2018)

Neste Hospital, após o ato cirúrgico, o doente é transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos para vigilância pós-cirúrgica e recuperação pós-anestésica. A admissão no recobro constitui um momento delicado para os doentes, na medida em que se sentem ansiosos relativamente aos resultados da cirurgia, com a agravante de poderem ainda estar sob o efeito de alguma anestesia. Como tal, um dos objetivos do meu estágio foi o foco na relação com os doentes neste período de particular incerteza. As pessoas que estão doentes, segundo Meleis (1988), sofrem um processo de transição que deve ser compreendido. O enfermeiro encontra-se em posição privilegiada para apoiar o doente no sentido de dar significado a este processo. Foi o que procurei fazer com uma doente, quando, no seu pós-cirúrgico de uma mastectomia por um tumor maligno, me perguntou se “já tinha retirado tudo (sic)”. Apercebi-me da sua angústia e, juntamente com o cirurgião, consegui

³ APÊNDICE III

⁴ APÊNDICE IV

explicar todo o procedimento, dando um feedback positivo em relação aos resultados do mesmo. No seguimento do diálogo, a doente pediu-me para ligar ao marido para comunicar o fim da cirurgia. Durante a chamada com o marido, foi notória a sua ansiedade e a importância de ter esclarecido as suas dúvidas. No decurso do estágio, percebi que as principais dúvidas dos familiares estavam relacionadas com a eficácia da cirurgia e com o controlo da dor do seu familiar. Por isso, neste caso específico, procurei estabelecer uma relação *terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e familiar/cuidador alvo dos seus cuidados* (OE, 2018), descansando-o relativamente ao controlo da dor da sua esposa.

Face à situação pandémica que todos vivemos, este Hospital preparou-se exaustivamente para um contexto de catástrofe. A nível nacional dispomos de um Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (2020) que constitui uma ferramenta de preparação e resposta à pandemia baseada nas orientações da Organização Mundial da Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças. Assim, alicerçando-se no documento acima referido, a equipa da UCI deste hospital, que integro, elaborou também um Plano de Contingência Doente Crítico Covid-19 com os seguintes objetivos:

1. Definir a abordagem do doente crítico com COVID-19 no Serviço de Urgência (SU-COVIDÁRIO);
2. Definir os critérios de admissão na UCI de Isolamento Respiratório COVID-19;
3. Definir o circuito de admissão na UCI de Isolamento Respiratório COVID-19;
4. Definir o modelo funcional da UCI de Isolamento Respiratório COVID-19;
5. Definir protocolo de atuação da EEMI e Circuito do Doente Crítico em situação de exceção. (Plano de Contingência Doente Crítico Covid-19, 2020).

Uma vez que uma das fases do Plano de Contingência previa o alargamento para as unidades da UCPA, como segundo elemento e parte integrante da equipa da UCI, tive a oportunidade de elucidar os colegas da UCPA/BO acerca deste documento e dos planos de atuação, numa das passagens de turno. Dar a conhecer este documento disponível no sistema informático deste hospital bem como o Plano Nacional supracitado permitiu-me validar a competência *Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe* (OE, 2018).

Chegada ao fim deste estágio, penso que as atividades descritas espelham a aquisição de competências necessárias ao título de especialista. Para além da aquisição de competências técnicas, de investigação e formação, penso que demonstrei competências relacionais com os doentes e sua família.

4.4. Clínica de Hemodiálise

A escolha deste campo de estágio relaciona-se com o facto de trabalhar numa UCI, onde frequentemente os doentes apresentam lesão renal aguda, necessitando de técnicas de substituição renal contínuas.

O meu percurso na Clínica iniciou-se com a integração na Equipa Multidisciplinar, onde tive contacto com os valores da instituição, acesso aos Protocolos Clínicos e conhecimento de todos os doentes. Para além disso, delineei como objetivos de estágio, o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa adulta e família com Insuficiência Renal Crónica em programa de Hemodiálise e através da formação em serviço, contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros no âmbito das alterações fisiológicas do doente no intra-hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde, citada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), define doença crónica como uma doença de “duração prolongada e progressão lenta”, sublinhando a necessidade de um tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas. Durante este tempo, os

enfermeiros estão numa posição privilegiada de apoio ao doente e à sua família no contínuo da doença crónica, na medida em que são profissionais qualificados para lidar com todas as exigências que a patologia crónica envolve.

Segundo Júnior (2004), a doença renal crónica (DRC) tem como consequências a perda progressiva e irreversível da função dos rins. O autor refere ainda que, a insuficiência renal crónica possui diversas causas e, consoante a gravidade da doença, podemos classificá-la em seis estágios, sendo estes:

- Função renal normal sem lesão;
- Fase de lesão com função renal normal;
- Fase de insuficiência renal funcional ou leve;
- Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada;
- Fase de insuficiência renal clínica ou severa;
- Fase terminal de insuficiência renal crónica.

Segundo a DGS (2011), os tratamentos para a Pessoa com doença renal crónica terminal podem ser:

- Transplantação renal;
- Hemodiálise;
- Diálise peritoneal;
- Tratamento médico conservador.

Neste campo de estágio, contactei com doentes em programa de hemodiálise e com doentes que já tinham sido submetidos a transplantação renal.

Ainda que existam diferenças no tratamento das técnicas de substituição renal contínuas face às técnicas intermitentes - como é o caso da diálise -, optei por este campo de estágio com o intuito de desenvolver competências especializadas no cuidado ao doente renal crónico em hemodiálise.

O estágio de hemodiálise decorreu entre 15 de setembro até 15 de novembro de 2020, numa Clínica que acolhe 160 doentes em programa de hemodiálise contínua onde, para além do enfermeiro, é necessária a presença diária de um

Médico Nefrologista. Todos os doentes em programa de hemodiálise são encaminhados para a Clínica após a referência do Hospital do centro de Lisboa, por apresentarem insuficiência renal crónica terminal. Após a primeira consulta realizada com o Médico Nefrologista, é definido o tipo de acesso vascular que será construído posteriormente.

Os acessos vasculares e a sua manutenção constituem a maior fonte de preocupação para os doentes em programa de hemodiálise, sendo o enfermeiro o profissional de saúde de referência na viabilidade dos mesmos e deteção precoce de complicações.

Os doentes em hemodiálise sentem-se muitas vezes inseguros relativamente aos enfermeiros inexperientes e por isso sentem a necessidade de eles próprios realizarem ensinamentos relativamente aos seus acessos vasculares. Assim, o enfermeiro de hemodiálise deve focar-se em todas as dimensões do doente renal crónico, de maneira que tenha em conta o ambiente do cuidado, as expectativas, os anseios e a vontade do doente (McCormack & McCance, 2006). Ao longo do estágio, senti que fui ganhando a confiança dos doentes de forma que se sentissem à vontade para iniciar o tratamento de diálise comigo. Esta situação ocorreu em particular com um doente, do sexo masculino, com 69 anos e já em programa de hemodiálise há 10 anos. O doente em questão verbalizou várias vezes que o seu acesso vascular (neste caso uma fístula arteriovenosa) era de difícil punção e por isso, uma vez que eu era pouco experiente, preferia que o procedimento fosse iniciado pela minha orientadora. Foi um episódio importante, na medida em que pude refletir com a minha orientadora acerca das necessidades dos doentes e criar estratégias para demonstrar uma maior segurança aos mesmos, aquando da abordagem a um acesso vascular. No decurso do estágio, consegui consolidar uma relação de confiança com o doente em apreço e, simultaneamente, o aperfeiçoamento comprovado da técnica em causa. Finalmente, no último turno, o doente sentiu a segurança necessária que me permitiu executar o procedimento de forma autónoma com sucesso. Deste episódio, pude retirar a importância de estabelecer uma eficaz relação terapêutica

com o doente, adquirindo a sua confiança no decurso dos cuidados e demonstrando a capacidade de *estabelecer uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados* (OE, 2018).

Com o intuito de desenvolver mais competências nesta área, tive a oportunidade de consultar todos os protocolos do Serviço, adquirindo conhecimentos especializados nas principais áreas da hemodiálise, sendo elas:

- Acessos Vasculares;
- Montagem das Máquinas;
- Avaliação do Doente em Hemodiálise;
- Avaliação das Águas;
- A Função Renal e a Fisiologia do Rim;
- Princípios de Hemodiálise;
- Anticoagulação.

A hemodiálise é um tratamento de grande complexidade, não só pela exigência em lidar com o doente crónico, como também pela existência de diversas técnicas e protocolos clínicos minuciosos. Assim, com o intuito de *avaliar e refletir sobre a minha aprendizagem* (OE, 2018) de forma contínua, promovi diariamente momentos de reflexão com a minha orientadora sobre os conhecimentos recém-adquiridos, os protocolos aplicados no turno respetivo. Foram momentos importantes de esclarecimento de dúvidas, partilha e consolidação de novos conhecimentos. Ao longo do estágio, denotei um aumento exponencial na minha capacidade de trabalho em autonomia, tendo efetuado todas as etapas da sessão de hemodiálise sem apoio, nos últimos turnos.

Um dos temas da hemodiálise que me suscitou particular interesse foi a avaliação dos acessos vasculares, definidos por Madeira et al. (2016) como um conduto subcutâneo que permite o acesso à circulação sanguínea, garantindo uma diálise adequada. Segundo o Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise (OE, 2016), os acessos vasculares

são a principal causa de internamento nos doentes em hemodiálise e por isso constituem um importante fator de morbilidade. Os acessos utilizados para o tratamento de hemodiálise são:

- Fístula arteriovenosa (FAV);
- Prótese arterio-venosa (PAV);
- Cateter venoso central.

Segundo as orientações *da Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (2006), a fistula arterio-venosa é o acesso primordial devido ao menor número de complicações que apresenta, enquanto os cateteres venosos centrais representam uma opção de último recurso, devido ao risco elevado de infeções e eventos cardiovasculares por trombose (Armada et al., 2005). As principais complicações relacionadas com os acessos são:

- Estenose;
- Infeção;
- Hemorragia;
- Roturas;
- Síndrome de roubo;
- Síndrome de alto débito;
- Aneurismas;
- Pseudo-aneurismas.

A canulação de um acesso de hemodiálise requer duas agulhas, uma que representa o ramo arterial e outra que representa o ramo venoso. Todas as canulações devem ser precedidas de uma avaliação rigorosa que compreende os seguintes passos:

- Observação;
- Palpação;
- Auscultação.

Após a avaliação do acesso e a validação da sua viabilidade para iniciar o tratamento, cumpre destacar o momento da colocação das agulhas, que envolve

técnicas específicas, de acordo com os diferentes acessos vasculares (Parisotto, 2015):

- Técnica Rope Ladder;
- *Rotating Site*;
- Técnica de Escada.

A escolha da técnica de canulação depende da experiência do enfermeiro, do património vascular do doente e de uma correta avaliação do acesso. De acordo com as regras de assepsia, os procedimentos para a canulação dos acessos vasculares são (Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise; OE, 2016):

- Avaliação da tensão arterial e pulso do doente;
- Avaliação do acesso vascular;
- Utilização de técnica limpa;
- Desinfecção do local de canulação com a solução alcoólica preconizada na instituição;
- Respeitar os tempos de atuação apresentados e limpar com as compressas, em movimento circular no sentido do centro para a periferia.

Também, durante o meu estágio tive oportunidade de presenciar as principais complicações com os doentes durante a sessão de hemodiálise, sendo a mais frequente a hipotensão arterial, tendo lugar em cerca de 20% das sessões (Castro, 2001). Segundo o mesmo autor, o tratamento imediato da hipotensão na hemodiálise decorre da infusão de uma solução salina e colocação do doente em posição de trendelenburg, se não existirem contra-indicações.

Este estágio foi muito importante para o meu desenvolvimento profissional, uma vez que pude cuidar de doentes crónicos com especificidades muito concretas. A doença crónica é categorizada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) como um desafio social para o século XXI e como enfermeira procurei que os cuidados de enfermagem integrassem uma abordagem holística e não estivessem

apenas centrados em técnicas para o cumprimento da sessão de diálise. Como exemplo disso, durante a sessão de diálise, procurei interagir com os doentes, percebendo como lidavam com a sua situação de doença crónica. Em particular, um doente de 30 anos, em programa de hemodiálise há cerca de 6 meses, partilhou comigo a dificuldade em conjugar os tratamentos com a sua vida profissional e familiar. Procurei explicar ao doente que estava a viver uma situação nova, requerendo uma fase de adaptação, e que juntamente com a experiência da equipa clínica e com o apoio da sua família, conseguiria ajustar-se da melhor forma à nova rotina. Os doentes em hemodiálise, passam por três fases de adaptação que vão apresentando avanços e recuos ao longo do tempo. Estas fases, de acordo com o Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise (OE, 2016), são descritas como:

- Lua-de-mel: fase em que o doente se sente bem física e psicologicamente, e aceita as exigências do tratamento;
- Período de desilusão: fase em que o doente manifesta sinais depressivos, fruto da fadiga do tratamento;
- Período de adaptação: fase em que o doente finalmente aceita a sua situação e as complicações inerentes à hemodiálise.

O enfermeiro a trabalhar na hemodiálise deve ter o conhecimento destas etapas para poder auxiliar o doente a encontrar estratégias de modo a melhor aceitar esta nova forma de vida. A maior parte dos doentes com que contactei, encontram-se na última fase de adaptação ao tratamento. Ainda assim, interagi com um doente que, com apenas 27 anos de idade, se encontrava em tratamento há cerca de 2 anos. Foi notório que se encontrava numa fase de desilusão, pois revelava sinais de ansiedade e desesperança face ao adiamento constante do transplante. Partilhámos um momento em que o doente confidenciou os seus medos e angústias, desde a perda de qualidade de vida à dependência do tratamento, dando-me oportunidade de o apoiar no seu período de desilusão através da escuta ativa, que promoveu a manifestação aberta dos seus sentimentos, dúvidas e inquietações. Tal como refere

Gonzalez (2008), a escuta ativa é a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhorando os resultados de saúde. Neste sentido, esta experiência foi preponderante para o desenvolvimento eficiente de competências específicas em técnicas de comunicação adaptadas à pessoa e ao contexto, comuns ao enfermeiro especialista.

Ao refletir com a enfermeira-chefe da Clínica e com a minha orientadora sobre a importância da partilha de conhecimento para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, apercebemo-nos da utilidade de apresentar os resultados da minha *scoping review* aos profissionais da Clínica, uma vez que a maioria trabalha em ambiente hospitalar e o trabalho de revisão da literatura retrata as intervenções de enfermagem na deteção precoce de complicações dos doentes no intra-hospitalar.

Como é do conhecimento geral, nos termos das normas de distanciamento social impostas pela DGS (2020), as sessões formativas presenciais foram interrompidas. Deste modo, partilhei o trabalho de investigação subjacente por meios digitais. A partilha ocorreu no dia que antecedeu a finalização do estágio e o retorno dos colegas foi positivo, com destaque para a melhor perceção obtida sobre os vetores fundamentais da qualidade e segurança dos cuidados aos doentes em estado crítico. Também estes contratempos causados pelo contexto pandémico foram importantes para o meu desenvolvimento enquanto especialista, na medida em que a criação de estratégias para superar alguns obstáculos como por exemplo, as alterações nas dinâmicas da clínica, fizeram com que desenvolvesse a minha capacidade de tomada de decisão, uma competência fundamental do enfermeiro especialista.

Findo o meu estágio, posso concluir que a escolha desta área do cuidado contribuiu largamente para o meu caminho no desenvolvimento da prática clínica especializada. A hemodiálise e o doente com doença renal crónica têm especificidades desafiantes, não só pela cronicidade da doença como também pela complexidade dos tratamentos. Na hemodiálise em particular, um enfermeiro necessita de suporte teórico e de um acompanhamento constante até conseguir

executar o seu trabalho de forma autónoma. Concluo este estágio, destacando a importância de ter contactado com uma grande diversidade de técnicas e de ter adquirido novos conhecimentos sobre os desafios que os doentes crónicos enfrentam, experiências insubstituíveis no meu percurso académico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o meu percurso de estágio, posso concluir que atingi os resultados esperados para obter a qualificação de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A complementaridade entre ensino teórico e prático tornou a formação enriquecedora e permitiu o aperfeiçoamento das competências técnico-científicas e relacionais necessárias ao enfermeiro que presta cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica.

O contexto pandêmico veio tornar o percurso mais desafiante, tanto para mim como profissional, como para as instituições que me acolheram, face à reestruturação hospitalar e ao período de interrupção da componente prática do mestrado.

Relativamente ao Serviço de Urgência, posso concluir que desenvolvi competências na avaliação do doente crítico, trabalhando em equipa e fortalecendo a minha avaliação clínica no que diz respeito à deteção precoce de alterações fisiológicas dos doentes e, em ambiente de reanimação, à atuação imediata no suporte avançado de vida. Adicionalmente, aprendi a ser mais criativa no que diz respeito à comunicação com os familiares, criando estratégias de apoio ao doente e à sua família neste tempo de interrupção de visitas hospitalares. Tive capacidade de mobilizar para os outros campos de estágio e para a minha vida profissional todas as aprendizagens que desenvolvi no Serviço de Urgência, como a articulação mais rápida com a equipe multidisciplinar e a importância da sistematização na avaliação do doente.

Relativamente ao estágio em Bloco Operatório, onde a tecnologia e a ciência estão muito presentes, desenvolvi os meus conhecimentos no sentido da vigilância e monitorização do doente crítico com o benefício de estar perante um ambiente de cuidados de elevada complexidade, promovendo a minha aprendizagem e desenvolvendo novas técnicas que me eram até então desconhecidas, como a avaliação pós anestésica do doente e a preparação de novos fármacos.

Na Clínica de hemodiálise, não sendo um ambiente crítico de cuidados, é um ambiente rico em técnicas e tecnologias complexas para o doente crónico que, em contexto hospitalar, são utilizadas para doentes em falência multiorgânica. Neste campo de estágio, deparei-me com a complexidade inerente ao doente crónico e em particular todas as técnicas de diálise intermitente, com as quais até então não tinha tido contacto. Além do mais, aprendi muito sobre o doente renal crónico e as suas especificidades, nomeadamente os seus cuidados com os acessos vasculares e também a importância da intervenção do enfermeiro na manutenção do tratamento e no apoio ao doente.

No âmbito do estágio desenvolvido, senti também necessidade de elaborar um trabalho de investigação com o tema *Intervenções de Enfermagem Específicas ao doente com Acute Respiratory Distress Syndrome em decúbito ventral numa UCI*, devido à minha função diária como enfermeira em Cuidados Intensivos. Além do contributo do mesmo para o aperfeiçoamento da colocação do doente em *prone position*, tive oportunidade de apresentar o trabalho em Poster aquando do III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.

Este relatório foi importante para avaliar de forma crítica o meu percurso de estágio e todas as dificuldades com que me deparei. O essencial que retiro de todo este caminho é que a procura da melhoria dos cuidados não pode terminar com a conclusão do mestrado, mas deve representar uma aprendizagem constante ao longo da minha vida profissional.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armada, E., Trillo, M., Melón C. P., & Herrero, J. M. (2005). Monitoring protocol of native vascular accesses for hemodialysis. *Nefrologia*, 25(1), 57-66.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Quarteto editora.

Castilho A. F. O. M., Simões, I. M. H., & Martins. J. C. A. (2000). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagens Torácicas. *Referência*, 5. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=cuidados%20de%20enfermagem&id_artigo=2051&id_revista=5&id_edicao=20

Castro, M. (2001). Complicações Agudas em Hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 23(2), 108-113.

Chertow, G. M., Christiansen, C. L., Cleary, P. D., Munro, C., & Lazarus, J. M. (1995). Prognostic Stratification in Critically Ill Patients With Acute Renal Failure Requiring Dialysis. *Archive Internal Medicine*, 155(14), 1505–1511. <https://doi.org/10.1001/archinte.1995.00430140075007>

Clínica de Doenças Renais (1997). *Manual de Hemodiálise*. Autor.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados da Doença Crónica* (trad. H. Castro). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

Direção-Geral do Ensino Superior (2016). *Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro*. Diário da República, 1.ª série — N.º 176, 3159-3191.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de Junho. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*.

Direção-Geral de Saúde (2020). *Novo Coronavírus. Covid-19. Distanciamento Social*. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Distanciamento-social.pdf>

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* (Mark Allen Publishing), 27(4), 212–218. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.212>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2001). *Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência*. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2015). *Norma n.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2016). *Norma n.º 010/2016 - Via Verde Sépsis Adulto*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/10/VVS.pdf>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2017). *Norma n.º 015/2017 - Via Verde AVC*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2018a). Despacho n.º 8589/2018. Diário da República, 2.ª série, N.º 172, 6 de setembro de 2018. <https://dre.pt/application/file/a/116341014>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2018b). *Norma da DGS n.º 002/2018 - Via Verde Coronária*. <http://www.nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/i024340.pdf>
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition* (Unpublished report). University of California.
- Ede, J., Jeffs, E., Volland, S., & Watkinson, P. (2020). A qualitative exploration of escalation of care in the acute ward setting. *Nursing in critical care*, 25(3), 171–178. <https://doi.org/10.1111/nicc.12479>
- Feldman, H. I., Held, P. J., Hutchinson, J. T., Stoiber, E., Hartigan, M. F., & Berlin, J. A. (1993). Hemodialysis vascular access morbidity in United States. *Kidney International*, 43(5), 1091-1096.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.
- Freitas, C. (2010). *Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro. Outpatient clinic for vascular access in hemodialysis patients – A single-centre experience* [Apresentação de comunicação]. III Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, Porto, Portugal.
- Gazarian, P. K., Henneman, E. A., & Chandler, G. E. (2010) Nurse decision making in the pre-arrest period. *Clinical Nursing Research*, 19, 21–37.
- Gonzalez, A. (2008). Are you listening to your patients. *Endocrine Today*, 6, 28-29.
- Keene, C. M., Kong, V. Y., Clarke, D. L., & Brysiewicz, P. (2017). The effect of the quality of vital sign recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward. *Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi*, 20(5), 283–287. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2016.11.008>

Liu, V., Escobar, G. J., Greene, J. D., Soule, J., Whippy, A., Angus, D. C., & Iwashyna, T. J. (2014). Hospital deaths in patients with sepsis from 2 independent cohorts. *JAMA*, 312(1), 90–92. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5804>

Lúcio, V. & Araújo, A. (2011). Assistência de Enfermagem na Drenagem Torácica: Revisão da Literatura. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 13(Esp), 307-314.

Madeira, C., Gomes, A., Germano, A., Aleluia, C., Nunes, V., & Correia, P. (2016). *Sessão Conjunta Nefrologia/Cirurgia 3B/Imagiologia*. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1666/1/Acessos%20vasculares%20Final%20HFF.pdf>

McCormack, B., & McCance, T. (2006) Development of a Framework for Person-Centred Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472-479. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. Springer Publishing Company.

Nolasco, F. (1982). Patologia do hemodialisado: alterações psicológicas. In J. R. Santos, P. Ponce, & C. D. Renais (Eds.). *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 157-160). Almedina.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Divulgar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica terminal em hemodiálise. Guia Orientador de Boa Prática*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da

República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Parisotto, M. T. (2015). *Vascular Access - Canulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. EDTNA/ERCA.

Pesaro, A. E. P., Serrano Jr., C. V., & Nicolau, J. C. (2004). Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 214-220. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem*. Guanabara Koogan.

Pulmonetic Systems (2006). *Manual do Operador. Ventilador Pulmonar LTV®. P/N 18247, Rev. 01. 1200*. Autor.

Romão Jr., J. E., Pinto, S. W. L., Canziani, M. E., Praxedes, J. N., Santello, J. L., & Moreira, J. C. M. (2003). Censo SBN 2002: Informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. *Jornal Brasileiro de nefrologia*, 25, 188-199.

Royal College of Physicians (2017). *National Early Warning Score (NEWS): standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party*. RCP.

Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... Nikolaou, N. I. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 100-147. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Ordem dos Médicos (2008). *Transporte do Doente Crítico Guia para o Transportes de Doentes Críticos*. Autor.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2^a ed.). Climepsi.

Varandas, M. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, (22), 141-158. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502012000300009&lng=pt&tlng=pt.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECÍFICAS AO
DOENTE COM ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME EM
DECÚBITO VENTRAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**Intervenções de Enfermagem Específicas ao doente com Acute Respiratory
Distress Syndrome em decúbito ventral numa UCI**

Catarina Pereira

Docente Orientador: Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, abril 2020

ABREVIATURAS

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DV – Decúbito Ventral

DP – Drenagem Passiva

SIGLAS

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.

SciELO – Scientific Electronic Library Online.

EBSCO-CINAHL Plus – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*.

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MeSh – Descritores em saúde.

CINAHL® Plus with Full Text – 530 Journals/ 217 Livros – Monografias tudo Full Text.

Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition – 400 Journals Full text.

Cochrane Plus Collection: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).

ENQUADRAMENTO

Os cuidados intensivos, enquanto área multidisciplinar e diferenciada, atuam na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas graves. As denominadas camas de nível III, presentes nas UCI são destinam-se a todos os doentes “*com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico*” (Rede de Referência de Medicina Intensiva, Set 2016) e DGS têm uma importância fundamental no suporte e estrutura das Equipas de Emergência Intra-Hospitalares.

As UCI são por si só locais onde existe um grande stress não só pela gravidade da situação Clínica dos doentes como também pelas dúvidas levantadas pelos seus familiares. O caso particular de doentes com ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto) que necessitam de decúbito ventral é bastante comum numa UCI e levanta grandes questões à família sendo muito importante a existência de protocolos que garantam a qualidade e segurança desta intervenção.

A ARDS, inicialmente descrita por Ashbaugh et cols no ano de 1967 sendo posteriormente atualizada no Consenso de Berlim (2012) como uma síndrome de instalação aguda que se manifesta com edema pulmonar difuso e insuficiência respiratória. É uma condição clínica com elevada mortalidade e morbidade para os doentes. O diagnóstico médico de ARDS assenta em critérios específicos, sendo eles:

- Sintomas respiratórios terem sido iniciados pelo menos 1 semana após um os primeiros sintomas;
- Caso não existam fatores de risco ou causas de ARDS deve excluir-se edema pulmonar cardiogénico;
- Infiltrados pulmonares observados através de exames imagiológicos;
- Rácio entre a PaO_2 / FiO_2 de 0,21 a 1, sendo que o grau de gravidade deste défice de oxigenação é classificado como ligeiro, moderado e grave.

Para o tratamento da ARDS estão definidas várias estratégias, tendo em conta a classificação acima referida. Todos os doentes que apresentam ARDS grave, têm indicação

para o decúbito ventral. É uma técnica de baixo custo e com grande impacto positivo na recuperação do doente, uma vez que doentes com este diagnóstico tem uma elevada taxa de mortalidade. Apesar de ser uma técnica bastante recorrente nas UCI, o manuseamento de doentes em decúbito ventral é uma técnica de elevada complexidade pelo que exige que a equipa seja treinada.

Os enfermeiros participam ativamente no manuseamento desta intervenção e na monitorização antes, durante e depois do procedimento assim como no acompanhamento dos familiares dos doentes, visto que este procedimento acarreta ainda mais stress e dúvidas por parte dos familiares.

Resumo

Objetivo: Identificar e mapear as intervenções de Enfermagem específicas no cuidado ao Doente em decúbito Ventral em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) descritas na literatura.

Materiais e Métodos: Elaboração de uma scoping review com base nas recomendações do The Joanna Briggs institute (JBI) e na pesquisa em bases de dados eletrónicas. Os estudos foram selecionados através de diagramas de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) e apresentados num quadro. Foram identificados descritores MeSH e combinados com o operador booleano: (ARDS) AND (acute respiratory distress syndrome) AND (prone position) AND (nursing interventions). A pesquisa foi realizada nas bases de dados EBSCOhost Research databases, PUBMED e SCIELO o intervalo de tempo admitido foi entre 2010 e 2019 e a pesquisa realizada entre dezembro 2019 e fevereiro 2020 selecionando-se os artigos em inglês, português, francês e espanhol. Como Critérios de Inclusão: População – Doente adulto, sob ventilação mecânica invasiva em decúbito ventral; Conceito - Intervenções de Enfermagem; Contexto – Unidade de Cuidados intensivos. Foram encontrados 111 artigos tendo-se incluído 9 para análise.

Resultados: Os principais resultados traduzem as intervenções de enfermagem essenciais na implementação desta técnica, uma vez que a par da ventilação mecânica protetora o

decúbito ventral constitui uma técnica preferencial em doentes com ARDS severo nas UCI. Existem intervenções de enfermagem específicas para doentes em decúbito ventral antes, durante e após o procedimento descritas na literatura como a preparação de material para o procedimento, aspiração de secreções, monitorização hemodinâmica do doente e registo de complicações. Para além disso em alguns dos estudos seleccionados também identificamos vantagens e desvantagens do procedimento.

Conclusão: Os resultados identificados contribuem para a melhor prática de Enfermagem nesta área do cuidar e por isso assume-se a importância da formação dos enfermeiros nesta dimensão específica. Como limitação da revisão identificámos o número reduzido de estudos que abordam esta temática específica.

Abstract

Objective: To identify Patient Nursing interventions in prone position in an ICU described in the literature.

Method: Elaboration of a scoping review based on the recommendations of the Institute Joanna Briggs (JBI) and research in electronic databases. The studies were selected through flow diagrams preferred reporting items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRASMA) presented in a table.

Results: We found 111 articles between December 2019 and January 2020 and 9 of them were included. The main results are that nursing interventions are essential in handling this technique, since alongside protective mechanical ventilation it is a technique of choice for users with severe ARDS in ICUs.

Keywords: ARDS, acute respiratory distress syndrome, nursing interventions or nursing care, intensive care unit, prone position

Conclusions: There are specific nursing interventions for patients in prone position but on the other hand there are no specific nursing interventions for the relatives of these patients.

Introdução

As UCI são por si só locais onde existe um grande stress não só pela gravidade da situação clínica dos doentes como também pelas dúvidas levantadas pelos seus familiares. O caso particular de doentes com ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto) que necessitam de decúbito ventral é bastante comum numa UCI e levanta grandes questões à família sendo muito importante os enfermeiros estarem aptos não só às intervenções necessárias ao doente como também à sua família.

A ARDS, inicialmente descrita por Ashbaugh et cols no ano de 1967 sendo posteriormente atualizada no Consenso de Berlim (2012) como *uma síndrome de instalação aguda que se manifesta com edema pulmonar difuso e insuficiência respiratória*. É uma condição clínica com elevada mortalidade e morbidade para os doentes. O diagnóstico médico de ARDS assenta em critérios específicos, sendo eles:

- Sintomas respiratórios terem sido iniciados pelo menos uma semana após um os primeiros sintomas;
- Exclusão de edema pulmonar cardiogénico;
- Infiltrados pulmonares observados através de exames imagiológicos;
- Rácio entre a PaO₂/ FiO₂ de 0,21 a 1, sendo que o grau de gravidade deste défice de oxigenação é classificado como ligeiro, moderado e grave.

Para o tratamento da ARDS estão definidas várias estratégias tendo em conta a classificação acima referida. Todos os doentes que apresentam ARDS grave, têm indicação para o decúbito ventral. É uma técnica de baixo custo e com grande impacto positivo na recuperação do doente, uma vez que doentes com este diagnóstico tem uma elevada taxa de mortalidade. Apesar de ser uma técnica bastante recorrente nas UCI, o posicionamento de doentes em decúbito ventral é uma técnica de elevada complexidade pelo que exige que a equipa seja treinada.

Os enfermeiros participam ativamente no manuseamento desta intervenção e na monitorização antes, durante e depois do procedimento assim como no acompanhamento dos familiares dos doentes, visto que este procedimento acarreta ainda mais stress e dúvidas por parte dos familiares.

Neste contexto, enquanto enfermeira a trabalhar numa UCI e estudante de Mestrado na área de Especialização de doente crítico e família senti necessidade de identificar as

intervenções de enfermagem específicas ao doente numa UCI que estão descritas na literatura? A pergunta de revisão está de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e contexto).

Questão de Revisão: Quais as intervenções de Enfermagem específicas ao doente com ARDS em decúbito ventral numa UCI descritas na literatura.

Objetivo

Para dar resposta à questão de revisão formulada foi delineado o seguinte objetivo:

Identificar as intervenções de Enfermagem ao doente em decúbito ventral com ARDS numa UCI.

Recorreu-se à metodologia PCC para formulação da questão de investigação 1 (The Joanna Briggs Institute, 2015):

P - Pessoa doente (idade igual ou superior a 18 anos)

C – Intervenções de enfermagem (decúbito ventral)

C – Unidades de Cuidados intensivos

Processo Metodológico

O primeiro passo foi a realização de uma pesquisa genérica em bases de dados eletrónicas como a Scielo e Pubmed de revisões de scoping e revisões sistemáticas existentes sobre o tópico em estudo. Esta pesquisa inicial permitiu identificar os descritores e confirmá-los na plataforma MeSH.

O segundo passo foi definir os critérios de inclusão e de exclusão e por fim, o terceiro passo foi a pesquisa nas várias bases de dados através da plataforma online EBSCOhost e PubMed.

Equação de pesquisa na base de dados

Foram identificados descritores MeSH e combinados com o operador booleano: (ARDS) AND (acute respiratory distress syndrome) AND (prone position) AND (nursing

interventions). A pesquisa foi realizada nas bases de dados *EBSCOhost* Research databases, PUBMED e SCIELO entre 2010 e 2019.

- Equação de pesquisa utilizada nas bases de dados Pubmed – (ARDS) AND (acute respiratory distress syndrome) AND (prone position) AND (nursing interventions)
- Equação de pesquisa utilizada nas bases de dados *EBSCOhost* Research databases (ARDS) AND (acute respiratory distress syndrome) AND (prone position) AND (nursing interventions)
- Equação de pesquisa utilizada nas bases de dados SCIELO (ARDS) AND (acute respiratory distress syndrome) AND (prone position) AND (nursing interventions)

Método

Para este estudo de revisão foi assegurada a fiabilidade e a versão integral de todos os estudos e documentos analisados, assegurando assim o rigor e os aspetos éticos que um trabalho de investigação científico contém.

Tipo de Estudo

Trata-se de scoping review que é definida como uma revisão sistemática e exploratória da literatura que tem como objetivo mapear todo o conhecimento científico existente em determinada área, neste caso na área de enfermagem.

Crítérios de Exclusão

Grávidas e Crianças e todos os estudos que falam exclusivamente de revisão do conceito e definição da ARDS bem como dos critérios que a classificam, do seu efeito na mortalidade ou morbidade e artigos médicos que falem apenas de variáveis quantitativas. Todos estes artigos fazem parte da bibliografia e fornecem uma importante base teórica para o trabalho, no entanto em nada favorecem a questão de investigação inicial e por isso não foram considerados na minha análise.

Colheita e Organização de dados

Estabeleceram-se como critérios de inclusão artigos escritos em inglês, francês, português e espanhol e todos os doentes em decúbito ventral numa UCI bem como as complicações e contraindicações do procedimento.

Na plataforma EBSCO host ao introduzir os descritores e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão obtive um total de 6 artigos. Depois da leitura do resumo seleccionei 4 e após leitura integral fiquei apenas com 2 artigos.

Na plataforma SCIELO após a colocação dos descritores surgiram 14 artigos que após ler os títulos e retirar os duplicados seleccionei 5. Desses 5 artigos após leitura integral incluí apenas 2 na análise.

Na Pubmed com os descritores deu um resultado de 91 artigos, ao ler títulos seleccionei 38. De todos esses, após ler o resumo seleccionei 13 e apenas destes 13 considerei que apenas 2 contemplavam os critérios de inclusão acima definidos. À análise juntei mais 3 artigos que encontrei através de outras fontes bibliográficas, o que significa que na minha análise contam 9 artigos.

Após o processo de seleção resultaram 9 artigos. Estes foram selecionados e analisados segundo o nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011) apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação segundo o nível de evidência

Nível I	Revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios clínicos randomizados
Nível II	Um ou mais ensaios clínicos randomizados
Nível III	Ensaio controlado sem randomização
Nível IV	Estudos de controlo de caso ou coorte
Nível V	Revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos
Nível VI	Estudos descritivos ou qualitativos únicos
Nível VII	Opinião de especialista

(Melnyk & Fineout-Overholt, 2011)

Como sistematização e demonstração da metodologia de colheita de dados, os estudos são apresentados através do diagrama de fluxo da metodologia PRISMA (figura 1).



PRISMA 2009 Flow Diagram

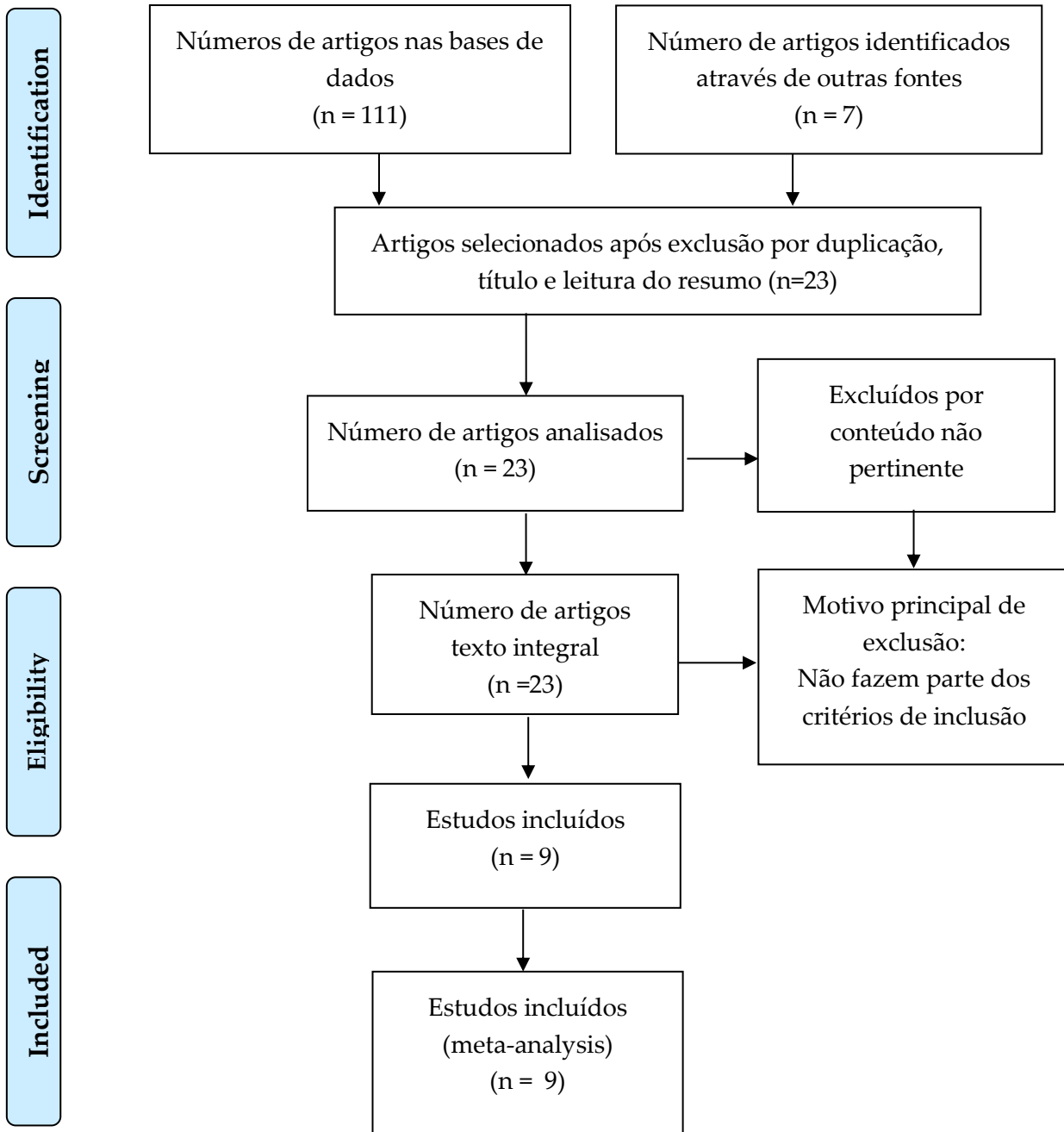


Figura 1 – Processo de identificação e inclusão de estudos – Preferred reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA diagram flow)

Tabela 2 – Artigos selecionados de acordo com ano, objetivo do Estudo, população/amostra, desenho do estudo e principais conclusões.

	Artigo	Ano	Objetivo do estudo	População/ Amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões	Nível de evidência
A111	Ventilación mecánica en decúbito prono: estrategia ventilatoria temprana y prolongada en SIRA severo por influenza	2017	Determinar a mortalidade associada a ARDS grave por influenza usando como estratégia a ventilação mecânica invasiva.	9 doentes.	Estudo prospetivo, transversal, descritivo e de intervenção.	-O decúbito Ventral deve ser a principal estratégia de posicionamento nestes doentes durante 48 horas. -Principais complicações: edema facial	N IV
A2	Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome	2016	Resumir as alterações fisiológicas associadas ao DV; Rever as análises e as revisões sistemáticas dos últimos anos acerca do impacto na mortalidade; Estabelecer um guia de sugestões e um algoritmo de trabalho para tomada de decisão e implementação da ventilação mecânica no decúbito ventral.	-	Revisão bibliográfica	Posicionamento que diminui significativamente a mortalidade em doentes com ARDS severo; -Necessita de Protocolo e equipas treinadas.	N I
A3	Prone position in the Acute Respiratory Distress Syndrome, physiology to clinical practice	2016	Descrever os aspetos clínicos, os critérios e as estratégias de tratamento da ARDS descritas na literatura.	-	Revisão bibliográfica	-O Decúbito ventral favorece o aumento da oxigenação perante uma ARDS; -Existem Contraindicações absolutas e Relativas bem como complicações associadas ao decúbito ventral.	N I
A4	Prone position: a technique to improve the hypoxemia in acute respiratory distress syndrome.	2014	Descrever os potenciais benefícios do Decúbito Ventral e como executá-lo; Descrever as intervenções de enfermagem contraindicações e complicações do Decúbito Ventral.	-	Revisão bibliográfica	O Tempo mínimo recomendado do posicionamento em questão é de 48 a 72 horas. - Melhorias das trocas gasosas aumento drenagem de secreções; -As intervenções de enfermagem prolongam-se durante todo o processo, antes e	N I

						depois e na prevenção das principais complicações (Tabela 3)	
A5	Prone position in adult respiratory distress syndrome: nursing care.	2013	-Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem ao doente com ARDS em decúbito Ventral. -Elaborar um protocolo de atuação.	18 enfermeiros entrevistados	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa.	-O conhecimento dos enfermeiros revelou-se elevado em enfermeiros mais experientes e escasso nos menos experientes relativamente à dimensão avaliada.	N IV
A6	Analysis of complications of prone position in acute respiratory distress syndrome: Quality standard, incidence and related factors.	2017	Determinar o grau de qualidade da execução do posicionamento. - Determinar a frequência das complicações graves registadas.	16 doentes	Estudo descritivo, retrospectivo e transversal.	- Há intervenções de enfermagem específicas para o procedimento em questão e contra-indicações absolutas e relativas (Tabela 3.)	A III
A7	Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol	2016	Propor um protocolo de atuação aos doentes com ARDS que necessitam de decúbito ventral.	-	Revisão da literatura.	-Existem Contra-indicações relativas e absolutas. - Necessidade de criar um protocolo de atuação com uma equipa bem treinada.	N I
A8	Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review	2016	-Determinar o efeito do Decúbito ventral na mortalidade dos doentes com ARDS que receberam ventilação pulmonar protetora.	-	Revisão Sistemática e Metanálise.	-A ventilação mecânica invasiva com decúbito ventral reduziu significativamente a mortalidade dos doentes com ARDS;	N I
A9	Prone ventilation in acute respiratory distress syndrome	2014	- Determinar a eficácia do Decúbito Ventral com doentes em ARDS - Determinar a correta posição do decúbito ventral.		Revisão Sistemática	- A habilidade dos profissionais que executam (enfermeiros, médicos) é essencial para o sucesso do procedimento - Taxa de mortalidade inferior para doentes com ARDS que foram submetidos a pelo menos 12-16 horas de decúbito ventral.	N I

Discussão

Tendo em conta a formação contínua e a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem (Lopes, 2012) e uma vez que o tema é pouco abordado no curso de Licenciatura (Manfredini, 2013), verifica-se muitas vezes uma percentagem alta de enfermeiros que não têm um conhecimento adequado sobre o tema em questão. Sendo o decúbito ventral e a ventilação mecânica protetora o tratamento *gold standard* em doentes com ARDS severo (Berlin definition 2012) importa existirem equipas de enfermeiros treinados bem como protocolos nas UCI (OLIVEIRA, 2016).

Segundo a norma da Organização Mundial de Saúde, no que diz respeito aos indicadores de qualidade e segurança dos doentes, *patient safety* é muito importante a notificação e registo de complicações por parte dos enfermeiros não só para evitar erros no uso desta técnica de posicionamento, mas também porque a qualidade dos registos é um fator determinante no desenvolvimento da mesma (PONSETI et al 2016).

As intervenções de enfermagem envolvem todo o processo: antes, durante e depois e na prevenção das principais complicações, descritas na Tabela 3. Embora não exista nenhum consenso relativamente às contraindicações absolutas desta técnica, sabe-se que doentes com queimaduras graves na face ou na região abdominal, fratura ou lesão instável da coluna apresentam maior risco de complicações (DARIO et al 2011).

De uma forma geral, foi abordado umas vezes de forma indireta ou direta a importância das intervenções de enfermagem durante todo o processo dos doentes em decúbito ventral. Para além das intervenções ao doente, antes, durante e após, podemos concluir através dos artigos que integram esta revisão que um enfermeiro com uma base científica correta pode ter um papel fundamental no cuidado destes doentes tanto na sua recuperação como na prevenção e antecipação de complicações e neste contexto, o enfermeiro é considerado um elemento chave no processo. Verificou-se que apenas um artigo presente nesta revisão da literatura abordou a importância de explicar à família o procedimento, no entanto não existe nenhuma referência a intervenções específicas aos familiares destes doentes, pelo que, tais conclusões não serão tidas em conta nesta scoping. Os principais resultados serão demonstrados, tendo em conta as intervenções de enfermagem na tabela seguinte.

Tabela 3 – Resultados dos artigos de acordo com as vantagens, complicações e intervenções de enfermagem no decúbito ventral.

Artigos	Vantagens	Complicações	Contraindicações	Recursos Humanos	Intervenções de Enfermagem	Outras conclusões
A1	- Diminui a mortalidade;	Edema Facial	-	-		
A2	-Melhora a oxigenação; (diminuição da pressão cardíaca e aumento da drenagem de secreções. Diminui Shunt alveolar) -Diminui a mortalidade;			-Necessita de Pelo menos 4 colaboradores na realização do posicionamento;		Elaborar um protocolo de atuação
A3	Melhoria da Oxigenação	Exteriorização de catéteres, tubo orotraqueal, sonda gástrica Lesões na pele face e cabeça Instabilidade hemodinâmica transitória Deiscência da sutura abdominal Mais episódios de intolerância gástrica com menores volumes de nutrição.	Relativas: - Aumento da Pressão intracraniana; - Traqueostomia; -Hemodialise contínua; - Choque Absolutas: - Queimaduras Graves; -Feridas abertas; -Fratura da bacia; -Graví10; - Arritmias;			
A4	Melhoria da oxigenação por aumento da ventilação em várias áreas (diminuição da pressão cardíaca sobre o pulmão esquerdo e redistribuição da ventilação nas áreas posteriores do pulmão Aumento da drenagem de	Exteriorização de cateteres e dispositivos; Úlceras por pressão; Aumento da Necessidade de sedação;		-Necessita de Pelo menos 4 colaboradores na realização do posicionamento; - Médico fica responsável pela via aérea;	Antes: Aspirar secreções, Colher gasimetria, higiene bucal, lubrificar olhos, colocar sonda orogastrica em drenagem e verificar adequada fixação de dispositivos. Providenciar material. Durante: Monitorizar o doente;	Deve existir um protocolo de atuação nos diferentes serviços.

	secreções brônquicas. Recomendável 48-72h.				Posicionar e verificar zonas de pressão; Gerir os dispositivos e sua manutenção. Depois: Colher gasimetria, monitorizar doente, iniciar alimentação entérica, Lateralizar o decúbito de 3 em 3 horas; Aspiração de Secreções; Verificar o resíduo gástrico.	
A5					O conhecimento dos enfermeiros é essencial para este posicionamento .	Deve-se elaborar um protocolo de atuação.
A6			Absolutas: Queimaduras na face; Fratura da bacia; Relativas: Traqueostomia, sobrepeso, instabilidade hemodinâmica, cirurgia abdominal recente.		Informar e suportar a família Preparar material (almofadas, elétrodos) Validar sedação adequada, colher gasimetria fazer uma pré oxigenação, aspirar secreções brônquicas e higiene oral, verificar fixação de dispositivos Depois do procedimento registar complicações, hora do procedimento e fármacos administrados.	Prevenção de complicações antes, durante e depois. Registo de eventuais complicações.
A7			Absolutas: Queimaduras na face;	Necessita de pelo menos 4 pessoas para	- Preparar material de apoio	

			Fratura da bacia; Arritmias severas Gravi10 Relativas: Traqueostomia, sobrepeso, instabilidade hemodinâmica, cirurgia abdominal recente. Pressão Intracraniana	o procedimento .	(aspirador de secreções carro de emergência) - Preparar material para o procedimento: (elétrodos, almofadas) -	
A8	Reduz significativame nte a mortalidade.	Exteriorizaçã o de catéteres, tubo orotraqueal, sonda gástrica Lesões na pele face e cabeça Instabilidade hemodinâmic a transitória Deiscência da sutura abdominal Mais episódios de intolerância gástrica com menores volumes de nutrição.	Absolutas: Aumento da Pressão Intracraniana; Coluna Instável Relativas: Instabilidade hemodinâmica e experiência da equipa.			
A9	Reduz a mortalidade				A habilidade dos enfermeiros e profissionais de saúde é essencial na eficácia do posicionamento .	

Contribuições para a área da enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados desta revisão permitiram perceber o impacto e a importância do enfermeiro nos doentes com ARDS grave que necessitam de ventilação protetora e de Decúbito Ventral. O reconhecimento da importância das intervenções de enfermagem e dos conhecimentos ao doente com ARDS em Decúbito Ventral podem precipitar novos estudos que causem

impacto no doente e na sua família. Por outro lado, este estudo foi importante para perceber que não foram encontrados na literatura estudos que definam as necessidades dos familiares destes doentes e por isso não existam ainda intervenções muito específicas.

Considerações Finais

Com esta revisão, foi possível descrever as intervenções de enfermagem ao doente em Decúbito Ventral e sugerir a importância da realização de estudos que demonstrem as intervenções de enfermagem à família destes doentes.

Bibliografia

- Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, Levine BE. Acute respiratory distress in adults. *Lancet*. 1967; 12: 319-323.
- Claude Guerin, Prone ventilation in acute respiratory distress syndrome. *Rev* 2014 DOI: 10.1183/09059180.00001114
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento, 2003.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Criação e implementação de uma Equipa de Emergência IntraHospitalar (EEMI), Circular normativa Nº 15/DQS/IDQCO de 22/6/2010.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS), Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO de 06/01/2010.
- Hidalgo Fabrellas I, Rebollo Pavon M, Maceiras Bertolo B, Barriga Gonzalez M, Giro Roca E, Garcia Bonavila L et al. Decubito prono: una tecnica para mejorar la hipoxemia del síndrome del distress respiratorio agudo. *Metas Enferm* nov 2014; 17(9): 11-14,
- Villar J. What is the acute respiratory distress syndrome? *Respir Care*. 2011;56:1539-1545.
- Jové Ponseti E, Villarrasa Millán A, Ortiz Chinchilla D. Análisis de las complicaciones del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo: estándar de calidad, incidencia y factores relacionados. *Enferm Intensiva*. 2017;28:125---134.
- Koulouras, Vasilios et al. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. *World J Crit Care Med* 2016 May 4; 5(2): 121-136 ISSN 2220-3141 (online) © 2016 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.
- López Luis Arias Carmen. Prone position in adult respiratory distress syndrome: nursing care *Enferm Intensiva* 2002;13(4):146-154

- Manfredini Geruza et al, PRONE POSITION IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: NURSING CARE. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5288-97, ago., 2013
<file:///C:/Users/castr/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/EBSCO%20HOST/Posição%20Prona%20na%20Síndrome%20do%20desconforto%20respiratório%20agudo.pdf>
- Mogel, Karla et al. Ventilación mecánica en decúbito prono: estrategia ventilatoria temprana y prolongada en SIRA severo por influenza. Med Crit 2017;31(4):198-204 Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>
- Oliveira, Vanessa et al. Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. Rev assoc med BRas 2016; 62(3):287-293
- Setten, Mariano et al, Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):452-462
- Pearson, Alan. Evidence-based healthcare and qualitative research Journal of Research in Nursing 15(6) 489–493 2010.
- Rede de Referência de Medicina Intensiva, SNS, 7mbro 2016, José Artur Paiva Antero Fernandes Cristina Granja Francisco Esteves João Ribeiro José Júlio Nóbrega José Vaz Paula Coutinho.
- Revista Lusófona de Educação, 22, 2012.
- Rodriguez-Buenahora, Ruben Dario et al. Prone position in the Acute Respiratory Distress Syndrome, physiology to clinical practice.
- Santos, Cintia et al. Pulmonar recruitment in acute respiratory distress syndrome. Pulmonar recruitment in acute respiratory distress syndrome. Pulmonar recruitment in acute respiratory distress syndrome. Pulmonar recruitment in acute respiratory distress syndrome. Pulmonar recruitment in acute respiratory distress syndrome. What is the best strategy? Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(2): 125-129
- Varandas Maria de Lourdes, Lopes Albino. Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo.

APÊNDICE II – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO

Tema: Escala de News

Data: 31 de julho 2020 **Hora:** às 8h00

Duração: 30 minutos **Destinatários:** enfermeiros da UCPA/BO.

Local: Sala de Reuniões da UCPA

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamento	Avaliação
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no âmbito da escala de NEWS.		- Contextualização da Escala de NEWS; - Objetivos da utilização da escala; - Benefícios da Escala; - Utilização da Escala; - Casos Práticos;	Expositiva e Participativa	Computador e videoprojetor	Questionário de avaliação da sessão

APÊNDICE III – AÇÃO DE FORMAÇÃO

NEWS 2

National Early Warning Score

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

CURSO DE Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CATARINA PEREIRA, Nº192019042

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA ISABEL RABIAIS

ORIENTADOR DE ESTÁGIO: ENFERMEIRA ANDREIA SILVA

Contextualização – NEWS

The original NEWS was released in 2012 and has been widely implemented across the NHS and in other healthcare settings across the world (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2017).

Após o seu lançamento em 2012 foi amplamente utilizada no NHS e mais de 122 00 funcionários concluíram o certificado de aptidão para utilização da escala. Em 2017, há uma nova versão denominada NEWS 2 que já está em vigor e com um plano de ação estratificado por fases de implementação por todo o NHS.

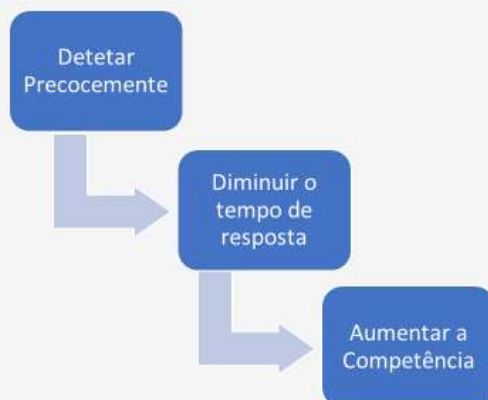


A origem do National Early Warning Score (NEWS) remonta a 2005, pela necessidade de criar uma organização aos cuidados ao doente em estado crítico e assim economizar vidas e recursos humanos pela sua deteção precoce.

- Todos trabalham da mesma forma garantindo uma taxonomia comum e uniformização de cuidados.

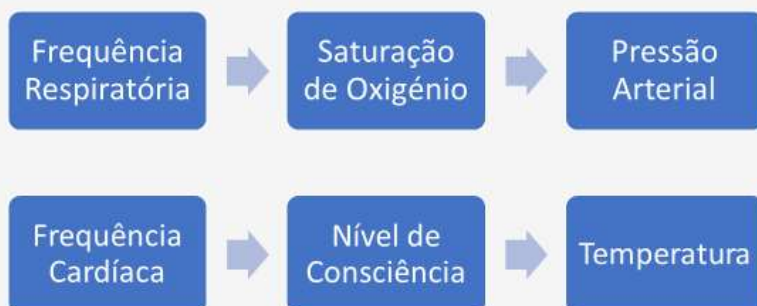
Benefícios do NEWS2

- É uma escala amplamente usada no NHS e já em vários Países e conta com resultados muito positivos (demonstrados através de revisões) no que diz respeito ao aumento de internamentos precoces nas UCI e diminuição de PCR em internamentos.
- É simples, económico e rápido de fazer por um enfermeiro com treino na escala.
- Dá-nos um score e uma linguagem universal do estado de deterioração ou não do paciente crítico.
- Existência de um protocolo de atuação para os doentes com score igual ou superior a 5 e com score 3 em uma das categorias. → SEPSIS



Utilização

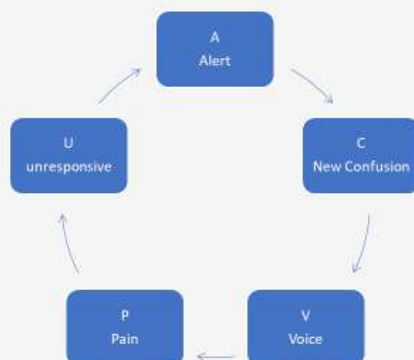
Durante a avaliação clínica do doente, a escala de NEWS2 tem 6 parâmetros fisiológicos que devem ser avaliados. Cada parâmetro tem um score e a soma de todos vai refletir o seu estado clínico.



Frequência Respiratória



Nível de Consciência



The NEWS scoring system

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Royal College Of Physicians 2018

Conclusão

- A escala NEWS é utilizada essencialmente para: avaliar continuamente o status fisiológico do doente ao longo do internamento e para saber exatamente quando é que a saúde se começou a deteriorar.
- É desenhado para pessoas com mais de 16 anos e é composto por 6 parâmetros fisiológicos.
- Temos em consideração não só a soma de todos os parâmetros mas também o valor individual de cada parâmetro pois considera-se **sépsis** com um score de 3 numa categoria ou um total de 5 ou mais.
- O score da NEWS determina a resposta clínica que o doente necessita.



Caso 1

- Senhor Joaquim, 70 anos com antecedentes pessoais de DPOC tabágica, fumador ativo (1 maço por dia) e HTA com história de enfarte agudo do miocárdio com tratamento conservador em 2009. Tem sido seguido em consulta de cardiologia. O Senhor dirige-se ao SO por tosse com dispneia com dois dias de evolução. Na entrada, perfeitamente orientado com saturações de 85 % com pieira e dispneia, fica internado em SO.
- A Enfermeira responsável pelo senhor Joaquim, depois dos primeiros cuidados avalia o NEWS deste senhor e para isso anota os seus sinais vitais:
- Tº timpânica – 37,3
- TA: 150/77 mm HG
- FR: 22 rpm
- Saturações 89% com O2 a 2l



Caso 2

- A Joana, tem 64 anos está internada em SO por uma ITU de repetição e desde há dois dias afirma ter dor supra púlica e que por essa razão, quer tirar a algália pois pensa que é isso que lhe está a causar dor.
- A enfermeira entra no seu turno e avalia a Joana, que está orientada e hemodinamicamente estável.
- Apenas tem temperatura de **39°C**, pelo que ao completar a escala de NEWS, a enfermeira vê o score é de 3. O que fazer?



Bibliografia

- Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS): standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party*. London: RCP
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration. Clinical guideline 50*. London: NICE, 2007. www.nice.org.uk/guidance/cg50 [Accessed 9 August 2017].
- Zaidj et al: *Using the National Early Warning Score (NEWS / NEWS2) in different Intensive Care Units (ICUs) to predict the discharge location of patients*.

- <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/escore-para-alerta-precoce>

APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Nome da Ação	Escala de News	Cód. Form	
Entidade Formadora			
Formador	Catarina Pereira		
Local		Data	31/08/2020
<p><i>O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspetos da ação de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião. <u>Este questionário é anónimo.</u></i></p>			

1. Ação de Formação	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
1.1 - Objetivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 - Utilidade da Ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 - Opinião global sobre a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Eficácia dos Formadores	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
2.1 - Capacidades didáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Preparação e Organização da Ação	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
3.1 – Informação prévia sobre o tema da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 – Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE V – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO CLÍNICA DE DIÁLISE

Tema: Partilha dos Trabalhos de Investigação Realizados ao longo dos Estágios, através da disponibilização dos mesmos.

- 1) Intervenções de Enfermagem na Detecção Precoce de Complicações dos doentes no intra-hospitalar;
- 2) Intervenções de Enfermagem ao doente em decúbito ventral com ARDS numa Unidade de Cuidados Intensivos;

Data: dia 14 de novembro 2020.

Objetivo Geral	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamento	Avaliação
- Contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros através da divulgação dos resultados de 2 scoping review;	- Apresentação dos resultados da investigação da Scoping 1) - Apresentação dos resultados de Investigação da Scoping 2)	- Apresentação dos resultados da investigação da Scoping 1) em formato de Power Point ⁵ - Apresentação dos resultados de Investigação da Scoping 2) em Formato de Poster ⁶	- Recorri à divulgação dos trabalhos através de suporte digital.	- O Feedback foi realizado pela minha orientadora e foi positivo.

⁵ APÊNDICE VI

⁶ APÊNDICE VII

**APÊNDICE VI – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO
PRECOCE DE COMPLICAÇÕES EM DOENTES NO INTRA-HOSPITALAR**



**Intervenções de
Enfermagem na deteção
Precoce de alterações
fisiológicas em Utentes no
intra-hospitalar**

Catarina Pereira
Aluna n.º 192019042
Docente Orientador: Prof. Doutora
Isabel Rabiais

Agenda

- 1 Introdução
- 2 Metodologia
- 3 Resultados
- 4 Contribuições para a prática de enfermagem
- 5 Referências bibliográficas

Scoping Review

Introdução

- A segurança e a qualidade dos cuidados é um tema muito recorrente nas unidades hospitalares e o reconhecimento atempado de alterações e/ou deterioração clínica dos utentes é algo que está intimamente relacionado com a segurança dos doentes- *patient safety* - e à especificidade dos cuidados prestados.
- No NHS, National Health Service, e em vários países do mundo criaram-se vários de sistemas de monitorização dos utentes. Estes sistemas de monitorização, denominados EWS foram amplamente difundidos e podemos ter escalas de monitorização para várias especialidades
- A Escala recomenda-se a utilização do NEWS Score para o doente crítico.

Scoping Review

Metodologia

O primeiro passo foi a realização de uma pesquisa genérica em bases de dados eletrónicas como a Scielo e Pubmed de revisões de scoping e revisões sistemáticas existentes sobre o fenómeno em estudo. Esta pesquisa inicial permitiu identificar os descritores e confirmá-los na plataforma MeSH.

O segundo passo foi definir os critérios de inclusão e de exclusão e por fim, o terceiro passo foi a pesquisa nas várias bases de dados através da plataforma online EBSCOhost e PubMed. A amostra é constituída por um total de 9 artigos.



SCOPING REVIEW

Resultados

Os resultados podem ser agrupados em intervenções de enfermagem específicas para a deteção precoce de complicações e em barreiras que impedem e diminuem a eficácia da atuação precoce no doente em estado de deterioração aguda.

Intervenções de Enfermagem

- Comunicação Eficaz do estado do utente
- Registo adequado dos Sinais vitais
- Ativação das Equipas de Emergência Médica
- Conhecimento e Cumprimento de Protocolos
- Formação Contínua e Participação em Projetos
- Desenvolvimento do Juízo Clínico

Barreiras

- Inexperiência Profissional
- Excesso de Trabalho
- Falta de Formação

SCOPING REVIEW

Contribuições para a prática

Após leitura e análise dos resultados podemos concluir a importância do desenvolvimento de intervenções que melhorem a qualidade e segurança da prática.



A comunicação dos profissionais e os registos clínicos são guias orientadores para a prática de enfermagem, para a segurança dos doentes e para a qualidade dos cuidados. A existência de protocolos de atuação e de equipas diferenciadas de emergência médica nos hospitais são muito importantes, pois garantem que todos os profissionais trabalham da mesma forma tornando a comunicação rápida, competente e eficaz. Esta scoping permite afirmar que existe um grande caminho a percorrer na utilização e desenvolvimento das intervenções de enfermagem nestes doentes que possam ser aplicadas na prática, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.



- National Patient Safety Agency cited in Patient Safety First. The 'How to Guide' for Reducing Harm from Deterioration. NHS. 2008.
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS):
- Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP. 2012.
- Jones D, Bellomo R, DeVita MA. (2009) Effectiveness of the medical emergency team: the importance of dose. *Crit Care* 2009;13:313.
- Sei Won, K. Hwa Young, L. Mi Ran, H. Young Suk, L. Eun, K. Eun Ju, J. ... Seok Chan, K. Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations. *Korean J Crit Care Med* 2017 May 32(2):124-132
- Romero-Brufau, S. Gaines, K. Nicolas, C. Johnson, M. Hickman, J & Huddleston, J. (2019) The fifth vital sign? Nurse worry predicts inpatient deterioration within 24 hours, *JAMIA*
- Marie E, W. Abel Wakai, A. McDowell, R. Balan, F. Coughlan, E. Hamza, M. Browne, J. O'Sullivan, R. Geary, U. McDaid, F. Eidin Ni Shé. J. Drummond, F. Deasy, C. & McAuliffe, E. (2019). Developing outcome, process and balancing measures for an emergency department longitudinal patient monitoring system using a modified Delphi. Ward et al. *BMC Emergency Medicine* (2019)

- Louise S, Van Galen, Patricia W, Struik, Babiche E. J. M. Driesen, Hanneke Marten, Jeroen Ludikhuijsen, Johannes I vander Spooel, Mark H. H. Kramer, Prabath W & B. Nanayakkara (2016) Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. Editor: Chiara L. azzeri, Azienda Os pedaliaria Universitaria Careggi, ITALY.
- Plate JDI, Peelen LM, Leenen LPH, Hietbrink F. Validation of the VitalPAC Early Warning Score at the Intermediate Care Unit. *World J Crit Care Med*
- 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*, 2018, Vol 27, No 4.
- Ede, J. Jeffs, Em & Vollam, S. Watkinson, P. (2019) A qualitative exploration of escalation of care in the acute ward setting. *Nurs Crit Care*. 2020;25:171-178. wileyonlinelibrary.com/journal/nicc
- M. Keene, C. Y. Kong, V. Clarke, Damian & Brysiewicz, P. (2016) The effect of the quality of vital sign recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward. *Chinese Journal of Traumatology* 20 (2017) 283-287
- Peterson, J. Rasmussen, L & Rydahl-Hansen, S. (2017) Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study 17:36 DOI 10.1186/s12873-017-0147-0

**APÊNDICE VII - POSTER APRESENTADO NO III SEMINÁRIO
INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM**



Afiliação:
1 - Alameda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do departamento Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
2 - Alameda Rótula, Unidades de Enfermagem, Instituto de Ciências da Educação, Instituto Politécnico de Leiria, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa



INTRODUÇÃO

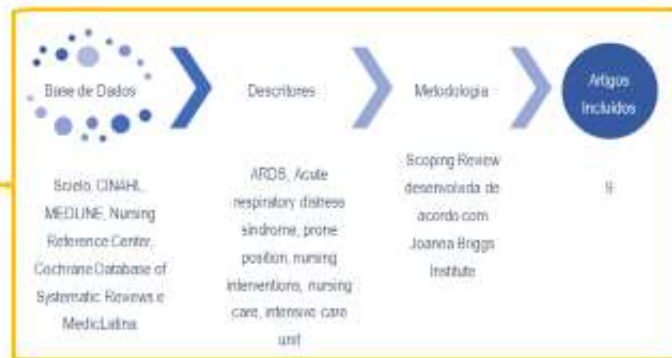
As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são por si só locais onde existe um grande stress pela gravidade da situação clínica dos doentes e pela complexidade dos cuidados que necessitam. O caso particular de doentes com ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto) que necessitam de decúbito ventral é bastante comum numa UCI e levanta grandes questões aos profissionais. Apesar de ser uma técnica bastante recente nas UCI, este procedimento exige formação e uma equipa bem treinada. Os Enfermeiros tendo uma intervenção específica no manuseamento desta intervenção desde a preparação e monitorização de todo o processo necessitam da existência de um protocolo nas UCI (Oliveira, 2016) tomando esta técnica segura.

OBJETIVO

Identificar as intervenções de Enfermagem específicas ao doente em decúbito Ventral numa UCI descritas na literatura

MÉTODO

Selecionam-se artigos em idiomas inglês, português, francês e espanhol. A análise dos artigos e extração dos dados foi efetuada com recurso a um instrumento padronizado, conforme indicado pela metodologia Scoping Review desenvolvida Joanna Briggs Institute. De um total de 111 artigos, 9 foram incluídos para análise; o intervalo de tempo admitido foi entre 2010 e 2019 e a pesquisa realizada entre Dezembro 2019 a Fevereiro 2020. Como Critérios de Inclusão População - Utente adulto, Conceito - Intervenções de Enfermagem; Contexto - Unidade de Cuidados Intensivos



INTERVENÇÕES

- Informar e suportar a família.
- Preparar material para o procedimento
- Assistir a sedação do utente
- Realizar pré-oxigenação com FiO2 100% selecionado no ventilador
- Verificar resíduo gástrico
- Garantir proximidade do carro de urgência
- Vigiar o perfil hemodinâmico do utente
- Colher gasimetria arterial e venosa antes do procedimento e arterial meia hora após o procedimento
- Aspirar secreções brônquicas e promover a higiene oral
- Verificar fixação de dispositivos
- Lateralizar o doente de 3 em 3 horas
- Registar hora e ocorrência de eventuais complicações durante o procedimento (José Ponsel E et al, 2017) & (Hidalgo et al, 2014) & (Oliveira et al, 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



VANTAGENS



- Melhora oxigenação (Ruben et al, 2015)
- Reduz a mortalidade (Koulouras et al, 2016) & (Karl et al, 2016) & (Manano et al, 2016) & (Guern, 2014)

DESvantagens

- Edematizal (Karl et al, 2016)
- Maior volume residual gástrico (Rodríguez-Buenahora et al, 2015)
- Maior probabilidade de exteriorização de dispositivos (José Ponsel E et al, 2017)
- Complexidade do procedimento que exige treino e formação (Manano et al, 2016) & (Manfredini Genzse et al, 2013) & (Oliveira et al, 2016) & (Guern, 2014)

CONCLUSÃO

Os resultados identificados contribuem para a melhor prática de Enfermagem nesta área do cuidar e por isso assume-se a importância da formação dos enfermeiros nesta dimensão específica. Como limitação da revisão o número reduzido de estudos que abordam esta temática específica.

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE NEWS

Observation chart for the National Early Warning Score (NEWS)

	DATE									DATE										TIME			
A+B Respirations <small>Breaths/min</small>	≥25									3										≥25			
	21-24									2										21-24			
	18-20																			18-20			
	15-17																			15-17			
	12-14																			12-14			
	9-11									1											9-11		
≤8									3											≤8			
A+B SpO ₂ Scale 1 <small>Oxygen saturation (%)</small>	≥96																			≥96			
	94-95									1											94-95		
	92-93									2											92-93		
	≤91									3											≤91		
SpO₂ Scale 2* <small>Oxygen saturation (%)</small>	≥97 on O ₂																			≥97 on O ₂			
	95-96 on O ₂									2											95-96 on O ₂		
	84-85									2											84-85		
	≤83%									3											≤83%		
Air or oxygen?	A=Air																				A=Air		
	O ₂ L/min									2											O ₂ L/min		
	Device																				Device		
C Blood pressure <small>mmHg</small> <small>Score uses systolic BP only</small>	≥220																			≥220			
	201-219																				201-219		
	181-200																				181-200		
	161-180																				161-180		
	141-160																				141-160		
	121-140																				121-140		
	111-120																				111-120		
	101-110									1												101-110	
	91-100									2												91-100	
	81-90																					81-90	
	71-80																					71-80	
	61-70																					61-70	
	51-60																					51-60	
	≤50																					≤50	
C Pulse <small>Beats/min</small>	≥131																				≥131		
	121-130																					121-130	
	111-120									2												111-120	
	101-110																					101-110	
	91-100									1												91-100	
	81-90																					81-90	
	71-80																					71-80	
	61-70																						61-70
	51-60																						51-60
	41-50																						41-50
	31-40																						31-40
≤30																						≤30	
D Consciousness <small>Score for NEWS equal to confusion and score if changed</small>	Alert																					Alert	
	Confusion																					Confusion	
	V																					V	
	P																						P
	U																						U
E Temperature <small>°C</small>	≥39.1°																					≥39.1°	
	38.1-39.0°																						38.1-39.0°
	37.1-38.0°																						37.1-38.0°
	36.1-37.0°																						36.1-37.0°
	35.1-36.0°																						35.1-36.0°
≤35.0°																						≤35.0°	
NEWS TOTAL																						TOTAL	
Monitoring frequency																						Monitoring	
Escalation of care Y/N																						Escalation	
Initials																						Initials	

National Early Warning Score 2 (NEWS2) © Royal College of Physicians 2017

ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SP)
Ana Roberto (Mestrando do 1.º CME, SP) - "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"
Margarida Carvalho (Mestrando do 1.º CME, SP) - "Cuidar e Reverenciar: o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos"
Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SP) - "Proteção Esperança: Consultas no Presente e Desafios para o Futuro"

10:00 – CONFERÊNCIA INAUGURAL – "The role of FIC in enhancing the value of Nursing"
 Howard Cottor (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "Realidade la enfermera especializada en España"
 Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:30 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Fátima Fago (Mestre em Enfermagem, EC)
Filipa Oliveira (Mestrando do 1.º CME-EC) - "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"
Larissa Gomes (Mestrando do 1.º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber - Promoção de uma Sexualidade Saudável"

14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"
 María Antonia Valcárcel (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: Ricardo Lapa (Mestre em Enfermagem, MC)

Crista Laranjeira (Mestrando do 1.º CME, MC) - "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"
António Borges (Mestrando do 1.º CME, MC) - "Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro"
Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - "Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro"

15:30 – MOMENTO CULTURAL

16:00 – ENCERRAMENTO

Palácio de Cruz • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone: 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.ubesa.ucp.pt



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Catarina Pereira** e Prof. Doutora **Isabel Rabials**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 04 com o tema **"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECÍFICAS AO DOENTE COM ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME EM DECÚBITO VENTRAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS"**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
 Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

 Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
 Professora Auxiliar

Palácio de Cruz • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone: 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.ubesa.ucp.pt

