Mestrado em Enfermagem
área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

# Relatório de Estágio:
# APLICAÇÃO DA ESCALA DE NEWS2 EM DOENTES AGUDOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

# APPLICATION OF THE NEWS2 SCALE IN ACUTE PATIENTS IN AN ADMISSION SETTING

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
David Alexandre Dias Tavares

Lisboa, 2024

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Mestrado em Enfermagem
área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

# APLICAÇÃO DA ESCALA DE NEWS2 EM DOENTES AGUDOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

# APPLICATION OF THE NEWS2 SCALE IN ACUTE PATIENTS IN AN ADMISSION SETTING

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
David Alexandre Dias Tavares

Orientadora Professora Doutora Maria de Lurdes dos Santos Martins

Lisboa, 2024

*“Não tenhamos pressa,*
*mas não percamos tempo”*

José Saramago.

## AGRADECIMENTOS

Na fase final deste percurso tem de haver lugar ao agradecimento individual de algumas pessoas, que contribuíram muito para o sucesso desta etapa da minha vida.

À Professora Doutora Lurdes Martins, pela disponibilidade, simpatia e orientação do meu percurso neste curso de Mestrado em Enfermagem.

À minha família, mãe, pai e irmão, pelo apoio e incentivo constante para ser sempre melhor.

À Laura, por ter estado sempre presente nesta caminhada.

A todos os profissionais de saúde que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Obrigado!

# RESUMO

A profissão de Enfermagem está em constante atualização devido às necessidades de cuidados em saúde, cujas respostas se constroem com recurso à investigação e à evidência científica que são essenciais para a prestação de cuidados. A aquisição de competências técnico-científicas especializadas para prestar os melhores cuidados às exigências da população, torna-se imprescindível. Ser enfermeiro é muito mais do que saber-fazer. Para se ser um profissional de excelência é preciso saber-ser, saber-saber e saber-fazer. O paradigma da enfermagem tem sofrido várias alterações e, por isso, torna-se fundamental o investimento numa formação especializada para assim se prestarem os melhores cuidados, baseados na evidência científica mais atualizada.

O presente relatório de estágio encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa. Irá demonstrar de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, resultante das atividades realizadas nos estágios em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral.

Ao longo do relatório, é desenvolvida uma temática, nomeadamente a aplicação da Escala de *NEWS2*, que se tornou fundamental para delinear os meus objetivos de estágio e desenvolver as competências de mestre e especialista. Foi realizada uma *scoping review*, onde foi mapeada a evidência científica mais recente, avaliada a extensão e a natureza da literatura sobre as vantagens da aplicação da escala de *NEWS2* em doentes agudos, em contexto de internamento.

Enaltece-se a importância da avaliação do enfermeiro perante um doente crítico ou em vias de deterioração do seu estado clínico, bem como a importância da aplicação da escala para uniformização da linguagem e correta e rápida sinalização do doente crítico para os meios diferenciados, em contexto hospitalar.

**Palavras-Chave:** escala de alerta precoce; escala de NEWS2; doente agudo; internamento; enfermagem; vantagens

# ABSTRACT

The Nursing profession is constantly updated due to health care needs whose responses are constructer using research and scientific evidence, which is essential for the provision of care. The acquisition of specialized technical-scientific skills to provide the best care to the population's demands becomes urgent. Being a nurse is much more than knowing how to do it. To be an excellent professional you need to know how to be, know how to know and know how to do. The nursing paradigm has undergone several changes and therefore, investment in specialized training is essential to provide the best care, based on the most up-to-date scientific evidence.

This internship report is part of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations at the Universidade Católica Portuguesa. It will demonstrate in a critical and reflective way the path of acquisition and development of Specialist Nurse skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, resulting from advances made in the context of the Intensive Care Unit and General Emergency Service.

Throughout the report, a theme is developed, namely the application of the NEWS2 Scale, which became fundamental to outline my internship objectives and develop the skills of a master and specialist. A scoping review was carried out, mapping the most recent scientific evidence, evaluating the extent and nature of the literature on the advantages of applying the NEWS2 scale to acute patients, in an inpatient context.

The importance of the nurse's assessment of a critically ill patient or one whose clinical condition is about to deteriorate is highlighted, as well as the importance of applying the scale to standardize language and correctly and quickly signal the critically ill patient to different environments, in a hospital context.



**Keywords:** early warning scale; NEWS2 scale; acutely ill; internment; nursing; benefits

# LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

Bpm – Batimentos por minuto

ºC – Graus celsius

CVC – Cateter Venoso Central

Cpm – Ciclos por minuto

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EOT – Entubação Orotraqueal

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

mmHg – Milímetros de mercúrio

NEWS – *National Early Warning Score*

RM CE- Ressonância Magnética Crânio-Encefálica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SR – Sala de Reanimação

SUG – Serviço de Urgência Geral

T - Temperatura

TA – Tensão Arterial

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

# ÍNDICE

RESUMO ..... 4

ABSTRACT ..... 5

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS ..... 6

0. INTRODUÇÃO ..... 9

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA EM ESTUDO ..... 14

1.1. VANTAGENS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE *NEWS2* EM DOENTES AGUDOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO – UMA *SCOPING REVIEW*. 15

1.1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO ..... 15

1.1.2. PERCURSO METODOLÓGICO ..... 20

2. CONTRIBUTO DA TEÓRICA - PATRICIA BENNER ..... 22

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS. 24

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ..... 25

3.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL ..... 35

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE ADQUIRIDAS ..... 45

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS ..... 47

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 49

7. BIBLIOGRAFIA ..... 52

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 54

ANEXOS ..... 61

APÊNDICES ..... 68

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Grau de gravidade dos doentes de acordo com o *score* obtido…….....18

Figura 2: Parâmetros a avaliar na aplicação da escala de *NEWS2*……18

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: 1º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG ..... 40

Tabela 2: 2º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG ..... 41

Tabela 3: 3º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG ..... 42

Tabela 4: 4º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG ..... 43

# 0. INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem da atualidade evoluiu muito em comparação com a Enfermagem do século XIX, isto devido a marcos históricos, ao contributo de teóricas e ao avançar das tecnologias da saúde que obrigaram uma profissão focada no cuidar do ser humano, a adaptar-se à realidade. Esta evolução constante e adaptação por parte dos enfermeiros às constantes atualizações e avanços na ciência do cuidar, só é possível porque na profissão de enfermagem a prática tem de ser baseada na evidência científica. Por isto, existe uma necessidade constante de atualização de conhecimentos técnico-científicos por parte dos enfermeiros para que, assim, sejam prestados os melhores cuidados aos doentes.

Face ao exposto, o que será a Ciência de Enfermagem? Será uma Ciência básica? Barrett (2017) explica que para dar resposta a estas perguntas, a explicação sobre o que o enfermeiro faz na sua prática diária de cuidados, tem de ser clara e concisa para que as pessoas percebam que a enfermagem é uma profissão regulamentada e baseada no rigor da evidência científica, e, só aí, a população irá perceber a importância que a Enfermagem tem para o desenvolvimento da sociedade.

O cuidar do ser humano holisticamente está incutido na formação em enfermagem desde o início, e este cuidado é definido na forma como os enfermeiros conjugam os conceitos do metaparadigma de enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e o cuidado. O presente relatório de estágio insere-se no plano de estudo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa. Com a realização do mesmo, pretendo expor uma análise critico-reflexiva sobre o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, que foram sustentadas pelo cumprimento dos meus objetivos específicos nos diferentes contextos de estágio. O estágio final e relatório foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e num Serviço de Urgência Geral, onde consegui adquirir e desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, num hospital na região de Lisboa. Ao

longo deste percurso adquiri também as competências de mestre, ao realizar uma *scoping review* e a elaboração do presente relatório de estágio, durante o meu percurso.

O Enfermeiro desempenha a mais importante das funções associadas aos cuidados a um doente, não só a nível de prevenção da doença e promoção da saúde, mais especificamente ao doente crítico, o enfermeiro tem a responsabilidade de monitorizar e vigiar as alterações fisiológicas do doente e, assim, agir em conformidade para prestar os melhores cuidados ao doente. Em contexto de Internamento, Unidade de Cuidados Intensivos ou em contexto de Urgência, a intervenção do enfermeiro é fundamental na vigilância da deterioração do estado clínico do doente crítico, pois é o profissional que acompanha o doente 24 sob 24 horas durante a sua permanência em ambiente hospitalar. Focando na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, profissionais com um conhecimento aprofundado e uma vasta prática em contexto de cuidados ao doente crítico, a monitorização da deterioração clínica do doente é um fator chave para o impedimento de complicações irreversíveis para os doentes. São profissionais dotados de competências técnico-científicas na área de urgência e emergência, pré-hospitalar ou contexto de cuidados intensivos e ainda na prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. Não obstante das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área na pessoa em situação crítica tem como focos de intervenção o doente crítico e a sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência multiorgânica, a intervenção em situações de catástrofe/ contexto pré-hospitalar, e em contexto de Urgência/Unidade de Cuidados Intensivos e, ainda, um papel fundamental na intervenção da prevenção do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e a sua família.

Ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem, sempre fomos estimulados a desenvolver a nossa prática baseada na evidência científica, daí a escolha deste tema sobre a aplicação de uma escala de alerta precoce de deterioração clínica de doentes, cuja aplicação diária a nível hospitalar poderá trazer grandes benefícios para os doentes e para os profissionais que a apliquem. Penso que seja um tema de grande importância para ser estudado e implementado na generalidade das instituições, nomeadamente instituições hospitalares.

Com os desenvolvimentos tecnológicos e o aumento da investigação na área da saúde, a população tem vindo a aumentar a sua literacia em saúde, e a profissão de Enfermagem deve basear a sua prática na melhor e mais recente investigação produzida, tal como afirma a Ordem dos Enfermeiros que enaltece esta ideia através do Regulamento nº 140/2019 inserido no Diário da República, 2ª Série Nº 26, dizendo que "os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde" (p. 4744). Posto isto, torna-se imperativo a existência e a aposta na formação de profissionais de enfermagem especializados em diferentes áreas, para assim, podermos prestar os melhores cuidados, baseados na melhor e mais recente evidência científica, pois é considerado um direito do utente receber os melhores cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Apóstolo, 2017).

Segundo Deodato (2010), o Enfermeiro no exercício da sua profissão tem incutido à sua responsabilidade intervenções autónomas e intervenções interdependentes. Sendo uma profissão regulamentada e com um vasto leque de teoria científica para a consolidar, o enfermeiro tem a seu cargo o exercício do agir e a decisão de cuidado ao outro, tendo sempre como objetivo dar resposta aos problemas identificados nas pessoas e agir em prol do outro.

Na área do doente crítico, os enfermeiros que trabalham nessa área possuem conhecimentos específicos e aprofundados na área de suporte avançado de vida, transporte de doente crítico e as demais situações de emergência e catástrofe. São serviços que exigem uma capacidade de resposta rápida e eficaz às mais diversas situações que possam surgir com uma pessoa em situação crítica. É uma área que tem vindo a sofrer alterações significativas devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, bem como uma constante atualização de conhecimento, como em qualquer outra área da saúde (Sá et al., 2015).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, a pessoa em situação crítica é definida como:

> "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua

> à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida." … "os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E, se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma das competências especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação." (p.4).

Atualmente, a segurança e qualidade na prestação de cuidados ao doente torna-se como um fator essencial para a prestação de cuidados de excelência. Esta qualidade na prestação de cuidados pode ser traduzida de várias formas, nomeadamente na correta monitorização e numa uniformização da linguagem utilizada para uma correta e atempada resposta a situações emergentes que possam comprometer a saúde do utente (OMS, 2009).

A profissão de Enfermagem é uma profissão que requer uma constante atualização de conhecimentos e adaptação a novos contextos, para proporcionar os melhores cuidados aos doentes. Esta constante atualização de conhecimentos faz do enfermeiro a peça chave para, atualmente, se verificarem melhorias na assistência dos doentes nas instituições de saúde do SNS, quer em termos de vigilância, quer em termos de diagnóstico e tratamento de doentes. Somos em todas as instituições os elos de ligação entre os principais grupos de coordenação local sempre com o mesmo objetivo, os melhores cuidados para os nossos doentes (Serrano et al., 2011). Ideia reforçada por Vieira (2015) que explicou que a investigação na área da Enfermagem, tal como em qualquer outra área, tem de ser contínua e trabalhada constantemente, para podermos, assim, prestar os cuidados aos

nossos utentes baseados na melhor evidência científica. É essa a ciência da profissão de Enfermagem.

Ao longo deste relatório de estágio irá ser desenvolvido um tema com base numa *Scoping Review* relacionado com uma escala utilizada para avaliação do risco de deterioração do estado clínico de um doente. Irão também ser descritas as competências desenvolvidas e adquiridas de enfermeiro especialista ao longo dos estágios bem como as competências de mestre, para uma prática baseada na evidência e a importância da investigação na disciplina de enfermagem. O presente relatório é composto por introdução; pelo enquadramento da temática para estudo bem como a sua pertinência teórica, que fundamentou a importância de desenvolvimento deste tema; pela análise da aquisição de competências de enfermeiro especialista adquiridas na realização dos estágios; pelas competências de mestre adquiridas, pelas considerações éticas e deontológicas, e, por fim, as considerações finais onde se apresenta uma síntese das aprendizagens. Está elaborado no respeito pelas normas de referenciação APA 7ªed *(American Phsycological Association).*

# 1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA EM ESTUDO

Com o aumento da esperança média de vida e com os avanços tecnológicos na área da ciência e da saúde, os cuidados de saúde tendem a acompanhar os desafios diários impostos pela população. A duração dos internamentos hospitalares é todos os dias debatida em Portugal, sendo um dos principais fatores dos gastos associados aos cuidados de saúde. Só em Portugal, mais de 20% dos residentes tem idade igual ou superior a 65 anos. Para além da idade avançada, as comorbilidades de cada pessoa aumentam o risco das infeções associadas aos cuidados de saúde (Pocinho et al., 2019).

Segundo os Censos de 2021, o índice de envelhecimento aumentou significativamente desde o início deste século. Atualmente existem 182 idosos por cada 100 jovens em Portugal, contra os 128 em 2011 e, ainda menor, 102 em 2001. Todos os estes dados fazem do nosso país o terceiro país mais envelhecido do mundo (INE, 2021).

Num contexto de internamento de adultos onde a população é maioritariamente idosa, é fundamental a monitorização dos doentes com recurso a escalas de acordo com a sua condição. Referindo-me a escalas como a Escala de *Morse*, Escala de *Braden*, Índice de *Barthel*, e, sendo foco do meu trabalho de pesquisa, a Escala de *NEWS2*.

No estudo levado a cabo por Andrade (2016), foi possível constatar que o internamento em unidades hospitalares se relaciona com uma maior prevalência da gravidade das patologias. E, para agravar esta situação, em Portugal as pessoas institucionalizadas são cada vez mais idosas. A deterioração do doente pode ocorrer em qualquer etapa, desde o processo de admissão logo no serviço de urgência, em contexto de internamento de agudos ou mesmo em contexto de unidade de cuidados intensivos onde a vigilância é ainda mais apertada. Mas, ainda assim, existem certas situações que podem despoletar ou fomentar a mais rápida descompensação dos doentes a nível hospitalar, tais como o início da doença, durante um procedimento cirúrgico, ou até mesmo na fase de recuperação do estado crítico. Esta descompensação muitas das vezes é precedida de sinais e sintomas que revelam alterações do padrão fisiológico normal do doente. Muitas vezes em contexto de internamento, a vigilância dos doentes não é tão

estrita como deveria ser e, por vezes, a demora na resposta à pessoa em situação crítica pode ser a melhor ajustada. Em grande parte dos casos as alterações fisiológicas mais sentidas e para as quais os enfermeiros têm de estar mais atentos são alterações a nível respiratório, cardiovascular e/ou neurológico. Esta deterioração do estado clínico do doente vem quase sempre precedida da junção entre o quadro agudo do doente e as suas comorbilidades (Figueira, 2015).

## 1.1. VANTAGENS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE *NEWS2* EM DOENTES AGUDOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO – UMA *SCOPING REVIEW*

### 1.1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A implementação de escalas em contexto de cuidados de saúde é muito utilizado pois torna-se uma mais-valia na avaliação de indicadores de cuidados, medição de variáveis e apresentação de resultados, sempre com o intuito de desenvolver o campo da saúde. Consegue-se assim apresentar resultados e ter ferramentas com base científica fidedigna para aplicar nas instituições de saúde, para assim se obter ganhos em saúde.

Assim, e com o intuito de padronizar os critérios de alerta e o grau de deterioração e monitorização dos doentes em estado crítico, foi criada uma **Escala de Alerta Precoce *(National Early Warning Scale)*.** Esta escala foi elaborada para uniformizar a linguagem utilizada em contexto hospitalar e caracteriza o estado de declínio das funções vitais do doente para que assim seja mais fácil a sinalização e monitorização estrita dos doentes em situação crítica (Isabel et al., 2020).

Quando um doente está internado num hospital de agudos e a sua situação clínica se deteriora progressivamente, é essencial a monitorização contínua bem como a resposta adequada por parte dos profissionais de saúde para que o desfecho não seja fatal. São então definidos três padrões chave de resposta ao doente: deteção precoce, oportunidade de resposta e a competência da resposta clínica. As escalas de alerta precoce são utilizadas para identificar e responder eficazmente às necessidades dos utentes em situação de doença aguda grave. São facilmente aplicadas em qualquer contexto de cuidados de saúde e uma ferramenta que pode ser aplicada à cabeceira do doente numa questão de segundos para que assim, seja feita uma avaliação céfalo-caudal do doente, bem como uma avaliação detalhada dos sinais vitais/alterações fisiológicas que ocorreram para que seja

aplicada a escala. Vários estudos apoiam que podem ser verificadas as alterações fisiológicas dos doentes antes de ocorrer um desfecho fatal (Paragem Cardiorrespiratória), mesmo que o doente não esteja numa Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios onde a vigilância é contínua, e, é nessas situações que a intervenção do enfermeiro é fundamental para sinalizar os doentes de risco aos respetivos cuidados diferenciados (Alam et al., 2014; Andrade, 2016; Royal College of Physicians [RCP], 2017).

A primeira escala de avaliação de deterioração do estado clínico do doente foi desenvolvida em 1997 denominada de *"Early Warning Score"* baseada apenas em conhecimento factual pelos seus criadores. Foi criada com o objetivo de fornecer uma avaliação simples e eficaz através da atribuição de pontos consoante os critérios definidos, e para que fosse de fácil utilização para enfermeiros e médicos. Até que em 2012 é desenvolvida a *National Early Warning Score* pelo *Royal College of Physicians and the National Health Services* no Reino Unido e atualizada em 2017 para **Escala de *NEWS2***, é uma das escalas mais utilizadas para monitorização e avaliação dos doentes em situação crítica atualmente no Reino Unido (Martin-Rodriguez et al., 2020; RCP, 2017). Esta escala foi elaborada de acordo com alguns aspetos fisiológicos e parâmetros vitais do doente, contabilizando um *score* que no final obterá o grau de gravidade do doente. Os parâmetros que avalia são: frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, temperatura corporal, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, estado de consciência e oxigénio suplementar (Farenden et al., 2017; Krammer et al., 2019; Mahmoodpoor et al., 2022).

É um indicador da deterioração clínica dos doentes validado em todo o sistema de saúde no Reino Unido, utilizado como ferramenta para a monitorização e deteção precoce de situações clínicas que possam ser fatais para o doente. Utiliza uma pontuação que ajuda na mais rápida deteção e resposta atempada a doentes já internados em contexto hospitalar, seja em doentes com doença aguda, ou em doentes com declínio progressivo do seu estado prévio. Umas das principais recomendações do NHS *(National Health System)* é a utilização de uma tríade de fatores na ajuda da resposta ao doente em situação crítica: deteção precoce, velocidade de resposta e a natureza da resposta, nomeadamente o grau de diferenciação dos profissionais que dão resposta ao declínio do estado de saúde do doente.

Ainda assim, a escala é caracterizada pela atribuição de pontos de acordo com a gravidade dos sintomas que o doente apresenta e, de acordo com o *score* final, diferentes

medidas devem ser tomadas. Ao ser atribuída uma pontuação final de acordo com a vigilância do profissional de saúde, neste caso, do enfermeiro, é possível desencadear a resposta mais adequada no que diz respeito aos meios necessários para assistir o doente. Permite também caracterizar o nível de urgência/emergência bem como a necessidade de ativação da equipa de emergência médica (RCP, 2017).

À medida que a escala começou a ser utilizada no sistema de saúde inglês, passou a ser possível afirmar que um doente que tenha um score <5, geralmente não exige uma monitorização apertada, denominando-se de doente de "baixo risco". É um doente que pode estar internado em contexto de enfermaria. Enquanto uma pontuação de 5 ou mais era um doente de médio-alto risco e, este sim, já requer uma maior vigilância por parte do enfermeiro.

A pontuação mais elevada que pode ser atribuída é de nível 7 e este doente é um doente em situação crítica que requer internamento e vigilância numa unidade de cuidados intensivos. Ainda assim, não se deve ignorar o exame físico e o juízo clínico realizado pelo enfermeiro que poderá não traduzir-se num score, mas sim num declínio progressivo da situação clínica do doente, o que poderá não coincidir com os tópicos para preencher a escala (Williams, 2022; Welch et al., 2022).

A Royal College of Physicians (2017) recomenda o uso de quatro níveis de gravidade baseados no score total de preenchimento da Escala:

**Baixo score:** Um score de 1-4 (deve ser avaliado constantemente por um Enfermeiro que avaliará a situação de cada doente e se este necessita ou não de maior vigilância).

**Médio score:** Um score de 5-6, sendo que uma pontuação de 5 é indicativo de deterioração clínica aguda grave e precisa de uma resposta urgente. Deve ser avaliado imediatamente por um Enfermeiro com competência e experiência em doentes críticos, e solicitada a avaliação por um médico com experiência em doentes críticos. Este decidirá se o doente necessita de ser transferido para uma UCINT ou UCI para maior vigilância.

**Alto score:** Um score de 7 ou mais é o limite de ativação da equipa de EEMI ou médico de UCI. Deve ser constantemente avaliado e monitorizado por Enfermeiro e Médico com experiência na área e imediatamente sinalizado para UCI.

A pontuação de "3" em qualquer um dos pontos não é muito usual, mas é **sinal de urgência** em qualquer parâmetro vital e precisa de resposta emergente, deve ser avaliado

por um clínico experiente e este deve decidir qual o tipo de monitorização e tratamento a realizar ao doente.

(Figura 1: Grau de gravidade dos doentes de acordo com o *score* obtido)

| NEW score | Clinical risk | Response |
|---|---|---|
| Aggregate score 0–4 | Low | Ward-based response |
| Red score<br>Score of 3 in any individual parameter | Low–medium | Urgent ward-based response* |
| Aggregate score 5–6 | Medium | Key threshold for urgent response* |
| Aggregate score 7 or more | High | Urgent or emergency response** |

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.
**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

(Fonte: Royal College of Physicians, 2017)

(Figura 2: Parâmetros a avaliar na aplicação da escala de *NEWS2*)

| 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<br>≥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 | |

(Fonte: Royal College of Physicians, 2017)

*"Scoping Review"* é um termo estrangeiro que deriva do latim (*scopus:i*) e do grego (*scopus: oú, observador, espião, vigilante*), e que tem o significado de atingir um alvo ou pretende-se atingir algo com o intuito de perceber a sua dimensão, e "escopo" o objeto ou alvo que se pretende estudar, bem como a sua limitação (Apóstolo, 2017).

As *Scoping Review* são utilizadas para fazer um mapeamento das principais fontes de conhecimento existentes sobre um tema específico. Ao contrário de outras revisões, como as revisões sistemáticas de literatura que aprofundam um tema específico e são mais precisas, as *scoping reviews* podem ser utilizadas para perceber que evidência existe sobre um determinado tema, e, ainda, perceber os limites conceptuais do mesmo. O principal objetivo deste tipo de revisões é, segundo a JBI (2021), explorar a dimensão da literatura, mapear e resumir as evidências e propor pesquisas futuras sobre um determinado tema. As principais indicações para a realização de uma scoping review são:

- Ser um impulsionador de uma revisão sistemática;
- Identificar os tipos de evidência disponível numa determinada área;
- Identificar lacunas de conhecimento;
- Esclarecer conceitos/definições de conhecimento;
- Examinar como a pesquisa é conduzida sobre um determinado tema;
- Identificar as principais características de um determinado tema.

São frequentemente utilizadas para pesquisar sobre evidências emergentes quando ainda não está bem definido o tópico de pesquisa (Peters et al., 2020; JBI, 2021).

A etapa mais difícil na realização de uma *scoping review* é a justificação da importância do desenvolvimento da mesma, pois torna-se difícil justificar a importância de mapear um certo tópico e o valor que terá para uma determinada área de conhecimento. Torna-se fundamental para a realização das *scoping review* perceber as lacunas que existem no desenvolvimento deste tema, e, com a realização do mesmo estudo, explicar que será possível dar resposta a essas mesmas lacunas. Neste tipo de estudos podem ser utilizadas como fontes de informação todo o tipo de literatura existente sobre um tema, estudos primários, revisões sistemáticas da literatura, relatórios e dissertações, desde que contenham informação relevante e fidedigna para o estudo que se está a desenvolver (Apóstolo, 2017).

Face ao apresentado, justifica-se a realização de uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as vantagens da aplicação da Escala de *NEWS2* em doentes agudos em contexto hospitalar, elaborando como questão de revisão "Quais as vantagens da aplicação da Escala de *NEWS2* em doentes agudos em contexto de internamento – uma scoping review".

Foram definidos critérios de elegibilidade com base na **População, Conceito e Contexto** (JBI, 2021), considerando doentes agudos internados em serviços de internamento hospitalar (população), vantagens da escala de *NEWS/NEWS2* (conceito) e contexto hospitalar (contexto).

### 1.1.2. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta *Scoping Review* foi elaborada segundo as normas da JBI (2021) para elaboração de *scoping reviews,* criando-se assim um protocolo para a sua redação. Esta revisão irá considerar estudos primários de natureza qualitativa e quantitativa. Os estudos quantitativos poderão ser experimentais (*randomized controlled trials, non-randomized controlled trials*), como observacionais (*prospective and retrospective cohort studies, case-control studies and analytical cross-sectional studies*). Os estudos qualitativos poderão ser de metodologia fenomenológica e etnográficos. Além disso, as revisões sistemáticas de literatura que cumpram os critérios de inclusão também serão consideradas. Também serão incluídos estudos designados de "literatura cinzenta". Para identificar artigos, foi realizada uma pesquisa inicial na MEDLINE e CINAHL, com os termos: **ESCALA DE NEWS/NEWS2**, **Escala de Alerta Precoce (EWS), Vantagens da aplicação da escala de NEWS2**, seguindo-se de uma análise dos títulos, resumos e palavras-chave, de modo a identificar sinónimos dos termos utilizados.

Uma segunda pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE complete (by EBSCO), CINAHL complete (by EBSCO) e PubMed. A pesquisa de artigos não publicados tais como dissertações de mestrado e teses de doutoramento, incluiu a OpenGrey e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Por fim, referências bibliográficas dos artigos identificados poderão ser analisadas e incluídas, caso cumpram os critérios de inclusão. Após a pesquisa, toda a bibliografia encontrada **será gerida** pelo software de gestão bibliográfica *Mendeley* e removidos duplicados. Os artigos encontrados **serão** analisados por um revisor independente, tendo em conta a relevância do título e resumo. Posteriormente, os artigos selecionados desta primeira seleção serão analisados em *full-text*, atendendo aos critérios de inclusão. Os resultados da pesquisa serão relatados na íntegra no corpo da scoping review e apresentados de

acordo com o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review* (PRISMA ScR).

O período temporal de pesquisa foi de 2013 a 2023 perfazendo 10 anos, janela temporal referida por vários autores como o recomendado (Brooker et al., 2019).

Após a conclusão da pesquisa, foram encontrados 153 artigos sobre a temática pesquisada. Toda a bibliografia encontrada foi colocada no *software* de gestão bibliográfica *"Mendeley"* e foram removidos os duplicados. Todos os artigos foram analisados por um revisor independente que observou primeiramente os títulos e os resumos. Por fim, os artigos selecionados (n=16) foram analisados em *full-text*, de acordo com os critérios de inclusão.

Pretendeu-se com a realização deste estudo a elaboração de uma *scoping review* para posterior publicação em formato de artigo científico devido à pertinência do tema em questão.

## 2. CONTRIBUTO DA TEÓRICA - PATRICIA BENNER

Patrícia Benner constatou o que para mim é imprescindível para a aquisição de competências especializadas em enfermagem, a importância da experiência para adquirir os conhecimentos técnico-científicos para a competência de perito. A teórica defende que o conhecimento em enfermagem é adquirido ao longo do tempo durante a nossa prática nos cuidados prestados, guiados sempre pelos padrões de conhecimento definidos por Barbara Carper (conhecimento empírico, estético, pessoal e ético).

A aquisição de saberes e práticas entre pares é fundamental na disciplina de enfermagem para se adquirir a competência de perito numa área, é necessário experiência e uma prática intuitiva, em vez de uma prática racional e preditiva (Benner, 2001). Com as adversidades dos diferentes contextos de cuidados, nomeadamente na área de intervenção à pessoa em situação crítica, ambientes complexos e de grande stress, a prestação de cuidados necessidade de várias competências para se estruturar uma intervenção diferenciada ao doente e sua família. Para Benner (2001), existem 5 categorias do nível de competência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). O nível **iniciado** corresponde ao estudante de enfermagem e ao enfermeiro recém-formado que inicia funções pela primeira vez e ainda não tem experiência na prática clínica, traduzindo-se na dificuldade em mobilizar conhecimentos em situações complexas. O **iniciado avançado** já detém alguma experiência que lhe permite reconhecer determinados aspetos e estabelecer prioridades na sua prática. O enfermeiro **competente** é aquele que "trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos" (Benner, 2001, p.52), este enfermeiro já tem capacidade de priorizar a sua tomada de decisão baseada numa análise consciente e analítica das situações. No nível de **proficiente**, o enfermeiro tem consciência das situações como um todo e não singulariza a tomada de decisão baseando-se na sua experiência prática. O enfermeiro **perito** é aquele que detém uma vasta experiência nos cuidados de enfermagem, coordena uma equipa e consegue agilizar conhecimentos concretos e aplicáveis a uma determinada situação, não necessitando de ser guiado por normas ou indicações, a sua experiência permite-o

mobilizar conhecimento e agir fundamentado, consegue ainda utilizar o seu conhecimento e transferi-lo para os seus pares (Benner, 2001). Deste modo, Patrícia Benner é uma inspiração na prática diária dos enfermeiros pois só com a experiência adquirida na prática, temos capacidade de refletir sobre os atos que praticamos e, assim, prestar cuidados de excelência aos nossos doentes e às suas famílias.

# 3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo pretende expor e analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo dos estágios realizados no âmbito deste curso de mestrado, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O estágio foi desenvolvido em dois contextos diferentes, em primeiro numa unidade de cuidados intensivos e em segundo, num serviço de urgência geral de um hospital na região de Lisboa. Ambos tiveram uma duração de 180h, perfazendo 360h de contacto, que foram realizadas entre 4 de setembro a 16 de dezembro de 2023.

A minha experiência profissional, com cerca de 6 anos de profissão, tem sido sempre em ambiente hospitalar, mais especificamente em serviços de medicina interna. Presto cuidados maioritariamente a doentes adultos em situação aguda, com patologias variadas, mas em grande parte patologias do foro médico. Regendo sempre a minha prática clínica na mais recente evidência científica e tentando sempre prestar os melhores cuidados à pessoa e à sua família segundo os princípios éticos e deontológicos que regulamentam a nossa profissão. Desempenho funções de enfermeiro chefe de equipa num serviço de medicina interna de um hospital na região de Lisboa, incorporando no meu local de trabalho uma unidade de cuidados intermédios. Devido à responsabilidade inerente às funções que desempenho na minha prática diária, sempre senti necessidade de me atualizar e formar em áreas específicas da minha prestação de cuidados para, assim, prestar os melhores cuidados aos doentes e ser um elemento de referência dentro da minha equipa. Como chefe de equipa desempenho funções de gestão de turno, integração de novos colegas no serviço e supervisão clínica de estudantes de licenciatura em enfermagem, porque acredito que apesar da sobrecarga diária que é sentida no local de trabalho, a formação e a partilha de saber entre pares é um dos pilares da profissão de enfermagem.

O primeiro estágio realizado neste curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica foi integrado no 2º semestre do 1º ano, no âmbito da unidade curricular vigilância e decisão clínica. Foi realizado numa Unidade de Hospitalização Domiciliária de um hospital da região de Lisboa, com uma duração de 180h de contacto. A realização deste estágio neste contexto em específico foi fundamentado com base nas **Competências Comuns** do Enfermeiro Especialista, que segundo a Ordem dos Enfermeiros, "Competências comuns": "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;…" (OE, 2019, p. 4745). Servindo este de base para a fundamentação dos objetivos delineados nos estágios seguintes, inseridos no estágio final deste curso.

## 3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A aquisição de competências em Unidade de Cuidados Intensivos é fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na área da pessoa em situação crítica. Foi um percurso que me permitiu adquirir grande parte das **competências específicas** do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista que presta cuidados nesta tipologia de serviço detém um vasto conhecimento quer em termos teóricos, quer em termos práticos na abordagem em diversas situações referentes à pessoa em situação crítica. Nesta fase do percurso, é pretendido que o estudante desenvolva capacidades de melhoria da prática clínica baseada na evidência científica mais recente e desenvolva as suas competências em contexto de estágio na sua área de especialização.

Segundo Rocheta (2018), em contexto de unidade de cuidados intensivos, a complexidade dos procedimentos e o nível de exigência de cuidados ao doente crítico é bastante elevada. É necessária a adoção de vários protocolos para prestar cuidados de excelência num ambiente de grande exigência física e mental para o profissional derivado

da grande variedade de procedimentos, técnicas e medicação administrada neste contexto. Posto isto, e seguindo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, que estabelece como competências:

> "a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Defini um objetivo geral e três objetivos específicos para o desenvolvimento do estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos. O serviço onde realizei estágio é denominado de Serviço de Medicina intensiva, que se subdivide em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP I), Unidade de Cuidados Intensivos II (UCI II), Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE) e ainda pela Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Tem como principal missão a assistência a doentes, com uma ou mais funções vitais comprometidas, prestando cuidados com qualidade, eficácia e garantia de satisfação, promovendo o ensino e a investigação. Como principais cuidados diferenciados prestados nesta unidade saliento a monitorização hemodinâmica do doente crítico, ventilação mecânica invasiva (o que me permitiu manipular o tubo endotraqueal no doente crítico) e ventilação não invasiva, doente sob terapêutica vasopressora para manutenção das funções vitais, realização de técnica de substituição renal contínua, via verde AVC e manutenção de potencial dador de órgãos. Neste contexto, defini como objetivo geral a desenvolver no meu estágio de cuidados intensivos: *"Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos."*. E como objetivos específicos defini:

- *"Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos."*

- *"Colaborar com o Enfermeiro Especialista no Transporte do Doente Crítico intra-hospitalar."*
- *"Acompanhar o processo de ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar dentro do Serviço de Medicina Intensiva."*

Como enfermeiro não detinha qualquer experiência na área de prestação de cuidados em contexto de unidade de cuidados intensivos e, por consequente, foi necessário reformular alguns dos aspetos relativos aos objetivos específicos para que estes fossem passíveis de ser realizados. Sendo uma unidade bastante complexa com uma logística e protocolos muito próprios, inicialmente tive alguma dificuldade na adaptação ao método de trabalho e às dinâmicas do serviço. Devido ao nível de gravidade dos doentes, não descurando de outros contextos, este exige uma atenção especial por parte dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. A equipa do serviço em questão é constituída por vários enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica, o que me permitiu adquirir e desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica pois a partilha de conhecimento era uma constante.

Por ser um serviço com uma logística diferente do meu local de trabalho, senti a necessidade de inicialmente conhecer bem todos os protocolos aplicados no serviço, perceber a tipologia de doentes admitidos, bem como conhecer a estrutura e dinâmica organizacional da unidade. O que me permitiu **garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos** para o sucesso do estágio e para a aquisição de competências específicas. Um dos principais aspetos que difere da minha prática diária é o método de registo de cuidados de enfermagem, sendo um dos pontos que fui desenvolvendo ao longo do estágio com sucesso. Ao adotar esta conduta, foi-me possível integrar com sucesso na equipa multidisciplinar, prestar cuidados de enfermagem especializados sob supervisão do enfermeiro orientador baseados na evidência científica mais recente e garantindo um ambiente terapêutico e seguro. Todo o percurso desenvolvido neste campo de estágio teve um grande fator de suporte pelo facto da equipa multidisciplinar permitir a integração de estudantes em estágio, que para Benner (2001), a experiência leva a que o enfermeiro aprenda a tirar de cada situação o mais importante, e é através da aprendizagem experiencial que o enfermeiro adquire as competências de perito numa área de prestação de cuidados: "o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva

cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis" (p.54).

Foi um estágio que exigiu um grande aprofundamento teórico da minha parte pelas diversas situações que vivenciei ao longo do mesmo. Tive oportunidade de observar vários procedimentos que por norma no meu serviço não são realizados e efetuar técnicas específicas em contexto de unidade de cuidados intensivos. Desenvolvi o meu trabalho autónomo, o que me permitiu adquirir competências especializadas no cuidar da pessoa/família em situação critica a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência multiorgânica em contexto de unidade de cuidados intensivos. Permitindo que desenvolvesse as competências do **autoconhecimento** e procurando sempre a evidência científica para fundamentar a **prestação de cuidados especializada**.

Tive oportunidade de colaborar na admissão do doente crítico/emergente na Unidade de cuidados intensivos, colocação de cateteres arteriais para monitorização hemodinâmica contínua bem como cuidados de enfermagem aos mesmos, cateteres venosos centrais e colocação de tubos orotraqueais, cuidados de enfermagem aos mesmos, nomeadamente na importância da prevenção das pneumonias associadas à ventilação mecânica invasiva e consequente extubação nas situações em que a situação clínica do doente o permitisse, colocando em prática assim **protocolos complexos** e **prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.**

Segundo Cruz and Martins (2019), a ventilação mecânica invasiva é uma das principais técnicas de substituição e manutenção das funções vitais do doente crítico, é realizada através da colocação de um tubo endotraqueal nas vias aéreas, o que por consequente, acrescenta risco para o doente submetido. O doente sob VMI tem os seus mecanismos fisiológicos de defesa alterados, há uma diminuição da proteção das vias aéreas superiores, devido à presença do tubo, o que condiciona toda a função respiratória natural da pessoa, levando a que haja uma hipersecreção pulmonar e um aumento das infeções respiratórias o que acarreta consequências graves para os doentes. Os mesmos autores enumeram as medidas que devem ser adotadas pelos enfermeiros em UCI para prevenção das pneumonias associadas à VMI, entre elas, reduzir e se possível, parar a sedação, de acordo com a situação clínica do doente. Perceber diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação. Elevação da cabeceira no mínimo a 30º, realizar a higiene oral três vezes por dia com clorohexidina 0,2%. Manter os circuitos ventilatórios

limpos e substituí-los quando visivelmente sujos, e verificar regularmente a pressão do cuff que deve estar entre 20-30 cm H2O (Cruz & Martins, 2019). Os enfermeiros são os profissionais que mais mobilizam e podem com as suas intervenções, prevenir as pneumonias associadas à ventilação mecânica (Gonçalves et al., 2012). Após um estudo intensivo consegui colaborar com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados ao doente submetido a VMI, sendo a área da ventilação mecânica o tema que mais dificuldade tinha por nunca ter trabalhado com doentes sob esta técnica. Consegui assim realizar a higiene oral aos doentes segundo protocolo do serviço, aspiração de secreções com sistema de aspiração fechado (sistema que não necessita de ser desconectado do ventilador, como acontece no sistema aberto, funciona como uma sonda de sucção de uso múltiplo, que se encontra adaptado 24h ou mais, ao circuito do ventilador e do tubo endotraqueal (Frota et al., 2012), elevação da cabeceira a 30º ou mais graus, bem como posicionamento do doente de acordo com a sua tolerância. Ao colaborar com o enfermeiro especialista em todas estas etapas da VMI, consegui **maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**.

Consegui também observar técnicas de monitorização contínua como o eletroencefalograma contínuo, monitorização da pressão venosa central e monitorização do débito cardíaco através da técnica da termodiluição transpulmonar. Consegui, neste âmbito, aprofundar e consolidar conhecimentos em relação à prevenção e controlo de infeção, e às infeções associadas aos cuidados de saúde relativamente ao CVC, que segundo Wallace and Macy (2016), o enfermeiro é o profissional responsável por garantir a assepsia dos procedimentos e parar o mesmo caso a assepsia seja comprometida por um outro profissional, garantindo assim a qualidade dos cuidados em saúde. A manutenção deste dispositivo e a responsabilidade é única e exclusivamente do enfermeiro.

Aprofundei os meus conhecimentos teórico-práticos na área do saber-fazer em enfermagem em contexto de cuidados intensivos e aprofundar também os meus conhecimentos teóricos em relação ao controlo de infeção e prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Através dos turnos realizados no contexto de estágio e perante situações de instabilidade hemodinâmica e alta complexidade, foi-me possível demonstrar capacidade de reação às mesmas, identificando os sinais de instabilidade e intervir de forma adequada e com conhecimentos na área de especialização, obtendo sempre *feedback* da equipa

multidisciplinar e dos enfermeiros orientadores. Tentei sempre no fim de cada situação realizar o *debreafing* (processo de reflexão realizado após uma situação ou até mesmo durante que facilita o desenvolvimento de conhecimento/competências nas pessoas envolvidas) (Nascimento et, al. 2020), com as enfermeiras orientadoras para podermos discutir os casos, trocar experiências e assim conseguir evoluir enquanto futuro enfermeiro especialista.

Em relação ao cuidado da família, segundo Campos (2014), um doente ao ser hospitalizado, irá ser um fator de grande angústia e stress para a sua família devido a vários fatores, nomeadamente o meio hospitalar, a equipa de saúde, os dispositivos e a linguagem técnica muitas vezes utilizada. Estes podem sentir medo, culpa e irritação. Ao ser admitido numa UCI, a família irá sofrer uma alteração da sua dinâmica pois perceberá que o desfecho do internamento poderá ser fatal. Cabe ao enfermeiro aferir as necessidades da família do doente internado em UCI para assim conseguir intervir, criar uma relação terapêutica de ajuda e tentar minimizar o impacto da hospitalização no seio familiar (Campos, 2014).

Durante o meu estágio em UCI não tive muitas oportunidades de desenvolvimento de competências na transmissão de informação a familiares pela logística do serviço, ou por não me terem sido dadas oportunidades devido à complexidade e necessidade mais reservada de intervenção da equipa médica/enfermagem do serviço, de acordo com a gravidade da situação do doente. Tive oportunidade de acompanhar a família durante a visita ao doente crítico em contexto de unidade de cuidados intensivos e esclarecer as dúvidas/prestar apoio emocional. Em termos de comunicação com o doente crítico/família consegui mobilizar os meus conhecimentos e aplicá-los com sucesso, tendo sido um dos aspetos fortes que me foi apontado por parte das enfermeiras orientadoras. Os enfermeiros são reconhecidos pela sua enorme competência de comunicação entre as equipas multidisciplinares, o que facilita a tomada de decisão em equipa. A forma como comunicamos vai influenciar a relação terapêutica com o doente e a sua família (Campos, 2017).

Tive também oportunidade de prestar cuidados diferenciados ao doente sob medidas de isolamento de gotículas, mais especificamente um doente com o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Ao prestar cuidados a este doente tive necessidade de rever a teoria sobre os diferentes tipos de isolamento bem como os cuidados a ter em cada um deles, através da Norma nº 029/2012, que estabelece as Precauções básicas de controlo de infeção, consegui aperfeiçoar as competências de especialista no âmbito do controlo de

infeção (DGS, 2012). Desta forma, foi possível maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, face à complexidade da sua situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Em relação ao segundo objetivo específico: *"Colaborar com o Enfermeiro Especialista no Transporte do Doente Crítico intra-hospitalar.",* e de acordo com as recomendações do Transporte de Doentes Críticos Adultos (2023), este pode ser dividido em transporte primário (ocorre do transporte extra-hospitalar para uma unidade de saúde), e secundário (entre unidades de saúde), e ainda, não menos importante, o transporte intra-hospitalar que engloba muitos riscos associados. Estes transportes existem para dar continuidade ou por uma exigência de cuidados diferenciados quer inter-hospitalar quer intra-hospitalar. As fases de transporte de doente crítico enumeradas pela sociedade portuguesa de cuidados intensivos no documento sobre as Recomendações do Transporte de Doentes Críticos Adultos (2023) são três: **Decisão, Planeamento e Efetivação**. Durante o meu estágio consegui colaborar com o enfermeiro especialista nas fases de Planeamento e Efetivação do transporte de doente crítico intra-hospitalar, na primeira fase não foi possível por ser uma competência médica. Ainda assim, dentro das competências adquiridas colaborei na monitorização, preparação do material para o transporte seguro e estabilização do doente para que o transporte decorresse sem intercorrências. É um processo complexo e que requer um conhecimento e capacidade de antecipação de complicações enorme. Acompanhei, em conjunto com a orientadora, no transporte intra-hospitalar, doentes à realização de MCDT's e no transporte de doentes ao bloco operatório. Estes momentos permitiram-me consolidar conhecimentos relativos ao transporte da pessoa em situação critica e ainda perceber a complexidade e logística de todo o transporte, desde a decisão até à efetivação.

Dando enfoque ainda no desenvolvimento de competências ao longo do estágio, saliento a realização de registos de Enfermagem de forma organizada e rigorosa, desde a admissão até à transferência/alta e ainda a transmissão de informações à equipa multidisciplinar, garantindo sempre, como máxima, a continuidade dos cuidados. Neste contexto é fundamental dar ênfase à importância dos registos de enfermagem para que todo o processo se desenvolva corretamente. Os registos são a principal ferramenta de continuidade de cuidados e no qual podemos utilizar a linguagem padronizada definida para **esta escala**. Ainda assim, muitas vezes deparamo-nos com registos que não traduzem

a atividade assistencial de enfermagem, quer por falta de tempo, quer por exaustão dos profissionais (Simões & Simões, 2007). Os registos de Enfermagem no processo clínico são fundamentais para a monitorização contínua dos parâmetros vitais do doente sendo essa uma intervenção autónoma da enfermagem. É também função do Enfermeiro gerir e propor os recursos humanos necessários para dar resposta à condição clínica do doente, cabe ao enfermeiro fazer essa avaliação (REPE, 1996).

Foi-me proposto pelas enfermeiras orientadores a transmissão de informação através da metodologia **ISBAR** que, segundo a Norma nº001/2017 da Direção-Geral da Saúde, "A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR" (p.1). Esta mnemónica significa **I –** Identificação, **S-** Situação atual, **B-** Antecedentes, **A-** Avaliação, **R-** Recomendações (DGS, 2017). Desta forma, foi possível garantir um ambiente terapêutico e seguro e gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Sendo uma das metas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026, atingir a comunicação eficaz e eficiente, pode-se ler no documento: *"*A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros. Diferentes estudos evidenciam que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, é essencial na prevenção de eventos adversos." (p.29). E ainda, como já tinha referido, a importância da transmissão correta de informação entre profissionais para o sucesso terapêutico:

> "A OMS alerta igualmente para a mudança de profissionais e de equipas, entre turnos, bem como, para a transição do doente entre áreas de diagnóstico e terapêutica, que potenciam os riscos e os incidentes de segurança decorrentes de falhas na comunicação e na transferência de informação. Deste modo, a comunicação em todo o percurso do doente, é vital para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, e em que se inclui o doente e a sua família/cuidador." (DGS, 2022, p.29).

Por fim, o meu terceiro objetivo específico a desenvolver no decorrer deste estágio foi *"Acompanhar o processo de ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-*

*Hospitalar dentro do Serviço de Medicina Intensiva."*, este objetivo foi definido com o intuito de conhecer a logística do funcionamento do EEMI dentro do SMI, e ainda perceber de que modo a aplicação da **Escala de *NEWS2*** influenciava a ativação da equipa em ambiente intra-hospitalar.

Estas equipas vêm dar resposta imediata a situações que não conseguem ser compensadas em contexto de enfermaria e realizar uma avaliação médica do estado de deterioração do doente. São vistas como ponte de ligação entre a permanência do doente em ambiente de enfermaria e a sua transferência para uma unidade de cuidados intensivos. A Direção-Geral da Saúde determinou a criação a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI), através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010 (DGS, 2010).

São constituídas por médico e enfermeiro com experiência em abordagem ao doente crítico e formação em suporte avançado de vida. Fornecem uma resposta imediata em casos de descompensação ou agudização do quadro clínico de um doente em ambiente intra-hospitalar, sendo uma peça fundamental na adequada resposta ao doente crítico (Rocha & Branco, 2022). A criação destas equipas veio demonstrar a diminuição da mortalidade e morbilidade intra-hospitalar, tendo critérios específicos definidos para a sua ativação.

A Direção-Geral de Saúde enunciou, em 2010, os critérios universais de ativação das EEMI:

- Compromisso da via aérea;
- Paragem respiratória;
- Frequência respiratória (FR) < 6 ou > 35 ciclos/minuto (cpm);
- Saturação Oxigénio (SpO2) < 85% com oxigénio suplementar;
- Frequência circulatória (FC) < 40 ou > 140 batimentos/minuto (bpm);
- Pressão arterial (PA) sistólica < 90 mmHg;
- Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos;
- Crise convulsiva prolongada ou repetida;
- Perda súbita de consciência

Após a ativação, é fundamental a correta comunicação e transmissão de informação para a equipa da EEMI (DGS, 2010). Portugal está entre os países que mais utiliza sistemas de registo eletrónico na área da saúde, nomeadamente na área dos registos de cuidados de enfermagem que utilizam a linguagem classificada (CIPE®). A transmissão

de informação entre profissionais de saúde e o correto registo da mesma, está diretamente relacionado com ganhos em saúde e com prevenção de complicações a médio e longo prazo para o doente internado em contexto hospitalar, domiciliário ou mesmo em contexto de cuidados primários. É um conceito multidimensional, mas que se torna imprescindível para a prática de enfermagem (Azevedo & Sousa, 2012). A **Escala de *NEWS2*** pode e deve ser aplicada antes da ativação da EEMI, para que assim seja feita uma correta sinalização do doente aos meios diferenciados. A DGS preconiza os parâmetros a avaliar para a ativação da equipa, o que facilita os enfermeiros ao aplicar a escala em contexto de internamento.

Todo este trabalho só pode ter sucesso se for aplicado por toda a equipa multidisciplinar, pois sem o correto trabalho em equipa, a aplicação de todas as ferramentas inovadoras na área da saúde perdem o seu sentido. É então um grande objetivo alcançar um harmonioso trabalho em equipa com vista a ganhos em saúde, segurança e satisfação tanto para o profissional, como para o doente. A comunicação e interação entre os vários elos da equipa de saúde (Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Ação Médica, etc.) torna-se fundamental para a aplicação da escala de alerta precoce pois cada profissional tem o seu papel nesta grande cadeia de notificação do doente critico em descompensação (Souza et al., 2016).

Ao longo do estágio foi-me possibilitado o manuseamento da mala de transporte utilizada pela EEMI, conheci o protocolo interno de ativação da mesma e tive a possibilidade de rever e conhecer todo o material constituinte do carro de transporte da EEMI, em conjunto com as enfermeiras orientadoras. Consegui articular a importância da aplicação da Escala de *NEWS2* em contexto de internamento e a ativação da EEMI para uma correta sinalização do doente crítico, e a importância da existência de uma escala para uniformizar a linguagem utilizada para que, assim, se poupem recursos e se poupe tempo de resposta ao doente crítico.

## 3.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O Enfermeiro especialista a desempenhar funções num serviço de urgência geral, detém uma destreza e capacidade de gestão de cuidados e recursos exímia nos dias que decorrem no nosso país. Ao realizar estágio num SUG na região de Lisboa, tive oportunidade de vivenciar várias situações de grande aprendizagem individual que me fizeram refletir sobre a importância da equipa de enfermagem naquele serviço, pois sem dúvida alguma o SU é a "porta de entrada" do SNS.

Os serviços de urgência são serviços assimétricos, exigentes e onde se põe à prova diariamente a intervenção do enfermeiro. Aliado à elevada carga de trabalho e o stress constante nestes contextos, tornam-se serviços muito complexos para a prestação de cuidados de enfermagem. Todos os dias têm de ser prestados cuidados priorizando e por vezes sem se conseguir dar resposta a todos os doentes/famílias que estão a viver uma situação anómala e muitas vezes urgente na sua vida (Souza et al., 2017).

O enfermeiro a desempenhar funções num serviço de urgência geral tem de ter uma capacidade acrescida de resposta em emergência e situação de catástrofe, bem como o constante trabalho sob pressão, principalmente nos hospitais portugueses. Segundo Oliveira and Queirós (2015), o enfermeiro cuida da pessoa e da sua família ao longo da sua vida, desde a conceção até à morte, em variados contextos que requerem um elevado conhecimento teórico-prático e competências específicas. Os mesmos autores, citando Benner (1984), que define "competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real." (Oliveira & Queirós, 2015). No serviço de urgência são recebidos doentes com diferentes níveis de prioridade de resposta. A pessoa em situação crítica é aquela que tem ou poderá vir a ter uma deterioração do seu estado clínico que poderá levar à morte, dependendo assim de suporte avançado de monitorização, estabilização e manutenção da função de um ou mais órgãos vitais, exigindo assim uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados nestas unidades (Batista et al., 2017).

Sendo o meu último estágio, e no decorrer do mesmo já ter aprofundado a minha pesquisa sobre o tema desenvolvido na *scoping review,* consegui definir como um dos objetivos específicos a aplicação da escala nesse mesmo serviço. Assim sendo, defini como objetivo geral *"Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais*

*na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de Serviço de Urgência Geral.",* e como objetivos específicos:

- *Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência Geral;*

- *Colaborar com o Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao doente crítico e sua família nas áreas de Ambulatório, Serviço de Observações e Sala de Reanimação do Serviço de Urgência, nas diferentes etapas de avaliação.*

- *Aplicar a Escala de NEWS2 em contexto de Serviço de Urgência Geral.*

Para o sucesso da concretização dos objetivos delineados, foi fundamental a recetividade e disponibilidade demonstrada por toda a equipa multidisciplinar deste serviço, o que se tornou ao longo do estágio um fator facilitador do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Inicialmente, a enfermeira orientadora teve a atenção em que realizássemos pelo menos um turno em cada um dos postos do SUG: Triagem, sala de reanimação, serviço de observações, área ambulatória, sala de inalatórios, pequena cirurgia/ortopedia, o que permitiu que tivesse uma visão global do serviço de urgência, bem como do circuito que o doente realizava dentro do mesmo. Numa fase mais avançada do estágio, em acordo com a orientadora, defini que o local onde conseguiria desenvolver e adquirir mais competências e experiências, face aos meus objetivos específicos, seria na sala de reanimação, juntamente com a enfermeira especialista para colaborar na admissão, estabilização e posterior transferência da pessoa em situação crítica. Ao permanecer vários turnos na sala de reanimação em conjunto com a enfermeira especialista, tive oportunidade de desenvolver a avaliação do doente pela abordagem **ABCDE**, onde **A** – Via aérea, **B** – Ventilação, **C** – Circulação, **D** – Disfunção neurológica, **E** – Exposição com controlo da temperatura, segundo o INEM (2020), a abordagem ABCDE no doente crítico é uma avaliação global na qual se consegue observar e tratar de acordo com a prioridade da abordagem ao doente crítico seguindo a metodologia ABDCE.

A sala de reanimação constitui a porta de entrada de emergência pré-hospitalar e o serviço de urgência, é o local indicado para admissão do doente emergente e/ou crítico.

Neste espaço, o doente é avaliado por equipa médica e enfermagem de urgência, com o intuito de estabilizar o doente emergente ou muito urgente com falência multiorgânica e deve ser constituída por material de apoio para dar resposta às diversas emergências médicas que possam ocorrer (ACSS, 2019).

Neste posto do Serviço de Urgência, tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica em variadas emergências médicas, nomeadamente nas Vias Verdes AVC e Coronárias, sistemas de resposta rápida e protocolada que correspondem a algoritmos clínicos de diagnóstico e tratamento de situações emergentes para melhorar a sobrevida do doente. São intervenções já protocoladas que têm de obedecer a certos requisitos para serem aplicadas e para estas serem eficazes. Têm também algumas contraindicações para a sua realização como também pude observar ao longo do meu estágio, tal como descrito na Norma nº 015/2017 de 13/07/2017:

> "O conceito de que "tempo é cérebro" traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que em cada minuto de isquémia, um número elevado de células nervosas é destruído. Para evitar este fenómeno que é irreversível e se traduz em défices de gravidade variável com sofrimento e custos sociais importantes, é necessário agilizar um sistema de socorro em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo." (DGS, 2017, p.17).

São necessários realizar vários procedimentos ao doente que entra pela SR com sintomas de AVC e é ativada a via verde AVC, nomeadamente a abordagem sistematizada do ABCDE, tentar perceber a hora do início dos sintomas, exame geral ao doente, antecedentes pessoais e medicação habitual. Durante toda esta análise, tive oportunidade de colaborar na admissão do doente, monitorização, colheita de sangue para análises e posterior colocação de acesso endovenoso periférico para administração de terapêutica. Tive também oportunidade de acompanhar o doente, juntamente com a enfermeira especialista, à realização de MCDT's (TAC CE e RM CE) e posterior início de trombólise ainda na sala de realização de MCDT's. Em relação à via verde coronária tive oportunidade de prestar cuidados na SR a alguns doentes em situação crítica, com posterior transferência para a sala de hemodinâmica do hospital. Segundo o INEM (2020), a melhor ação para reduzir a mortalidade devido a acidentes isquémicos é reduzir o tempo entre o início de sintomas e o início de terapêutica dirigida, e, por isso, **tempo=miocárdio**. Na permanência na SR tive oportunidade nestas situações também de

admitir o doente, monitorizar e estabilizar, nomeadamente através da administração da medicação preconizada (Ácido Acetilsalicílico 300mg, Morfina consoante o nível de dor pré-cordial, e administração de heparina endovenosa) (INEM, 2020). Também na sala de reanimação era realizado sempre o ECG de 12 derivações e por vezes o ecocardiograma. Posteriormente, o doente com indicação para angioplastia era encaminhado à sala de hemodinâmica, na qual consegui colaborar nas diferentes fases do transporte do doente crítico, em conjunto com a enfermeira especialista. Ao colaborar nesta abordagem ao doente crítico, tive oportunidade de desenvolver competências no domínio da **gestão de protocolos complexos** e aplicação dos mesmos em determinadas situações. Ainda no âmbito dos turnos realizados na SR, tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados ao doente com intoxicação medicamentosa voluntária, cetoacidose diabética, edema agudo do pulmão, bradicardia com bloqueio auriculoventricular completo, doente com insuficiência respiratória global com necessidade de colocação de via aérea avançada (EOT) e, ainda, doentes com golpes por uma arma branca e arma de fogo. Durante cada abordagem, adotei sempre uma postura proativa e de colaboração com a restante equipa, monitorizando os doentes, puncionando acessos venosos periféricos, entubação nasogástrica quando indicado e algaliação em doentes com indicação para monitorização de débito urinário. Posto isto, consegui desenvolver competências no **cuidar da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe e ainda gerir os cuidados em situações de emergência**. Em cada situação, foi-me possibilitado pela enfermeira orientadora efetuar os registos da sala de reanimação no processo clínico do doente bem como a transferência do doente para o serviço de observações. Os turnos realizados ainda me permitiram consolidar as competências já desenvolvidas no estágio em UCI relativas às etapas do transporte do doente crítico pois quase todos os doentes necessitaram de se deslocar fora do SUG para realizar MCDT's. Consegui ainda desenvolver competências no transporte inter-hospitalar pois houve oportunidade de colaborar com a enfermeira orientadora na transferência de um doente para outra unidade hospitalar para receber cuidados diferenciados para a sua situação clínica.

Face ao exposto, consegui dar resposta a dois dos meus objetivos específicos: "*Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência Geral.*" e *"Colaborar com o Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao doente crítico e sua família nas áreas de Ambulatório, Serviço de Observações e Sala de Reanimação do Serviço de Urgência, nas diferentes etapas de avaliação."*. Em relação ao cuidado da família da

pessoa em situação crítica, e que vai ao encontro do que Batista et al. (2017) concluíram no seu estudo, os enfermeiros em situação de emergência e reanimação, priorizam o doente em vez da atenção às suas famílias. Durante a permanência na SR o doente era primeiramente estabilizado, e só posteriormente era informada ou chamada a família para perto do doente, nos casos em que a situação clínica assim o permitisse. Sendo o profissional que foca a sua competência no cuidar humano, o enfermeiro é o profissional de saúde com mais capacidade de intervir junto das famílias da pessoa em situação crítica devido à relação terapêutica que estabelecem na sua prática diária de cuidados, junto dos doentes e das suas famílias (Sá et al., 2015). Segundo a American Association of Critical-Care Nurses (2016), a presença de familiares durante a reanimação de um doente trará benefícios na tomada de decisão médica, no cuidado ao doente e na comunicação estabelecida entre equipa multidisciplinar e a família do doente. Tive assim oportunidade de prestar informações e apoio emocional à família da pessoa em situação crítica, esclarecendo as suas dúvidas e estabelecendo uma relação terapêutica. Ainda assim, nas situações em que me era permitido, consegui estabelecer relação e esclarecimento de dúvidas para com os familiares dos doentes, o que me permitiu **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde**.

Em relação ao objetivo específico "*Aplicar a Escala de NEWS2 em contexto de Serviço de Urgência Geral.",* consegui aplicar a escala em vários doentes, em diferentes contextos do serviço e com diagnósticos que os diferiam na gravidade da sua situação clínica. Fiz-me acompanhar sempre da escala de *NEWS2* para quando aparecesse um doente ao qual eu pudesse aplicar a escala, a conseguisse aplicar. Para demonstrar a aplicação da escala neste contexto, e para comprovar a fiabilidade da mesma, irei expor situações da prática reais e as diferentes abordagens e resultados no desfecho da situação clínica do doente. A aplicação desta escala não constituiu nenhum tipo de estudo, apenas me permitiu constatar a eficácia da aplicação da mesma em contexto hospitalar. Foram sempre respeitados os aspetos ético-legais e a confidencialidade na aplicação da mesma. Os resultados estão apresentados nas 4 tabelas seguintes.

(Tabela 1: 1º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG)

| | |
|---|---|
| **27/10/2023** | |
| **História de doença atual:**<br>Doente xxxx, vem ao serviço de urgência do hospital xxxx com sintomas de abstinência por hábitos de consumo de substâncias toxicofilias.<br>Na admissão doente com Glasgow 15, independente nas AVD's. Hemodinamicamente estável.<br>Refere apenas sensação de mal-estar generalizada. Pele e mucosas pálidas e desidratadas. Múltiplas lesões pelo corpo sugestivas de Sarcoma de *Kaposi*.<br>Na triagem é triado com pulseira verde (pouco urgente). | |
| Á reavaliação na sala de espera pelo enfermeiro 2h depois, doente encontra-se **reativo apenas à voz**, pupilas mióticas, sonolento. | **Sinais vitais**<br>TA: 120/74mmHg<br>FC: 58 bpm<br>SPO2: 95%<br>FR: 16 cpm<br>T: 36ºC |
| Aplicando a escala de *NEWS2* **o score total é de 4 (doente de baixo risco)**, mas, como houve uma alteração do estado de consciência, é atribuído a pontuação de 3 num parâmetro, o que requer avaliação médica/UI, e reavaliação em 1h.<br>O doente posteriormente foi avaliado por médico de urgência que prescreveu análises e o doente foi internado no serviço de observações para maior vigilância e realização de procedimentos." | |

(Tabela 2: 2º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG)

<table>
<tr><td>28/10/2023</td><td rowspan="2">Sinais vitais:<br>TA: 94/42mmHg<br>FC: 110bpm<br>SPO2: 92%<br>O2 Suplementar: MV 24%<br>FR: 25 cpm<br>T: 36ºC</td></tr>
<tr><td>História de doença atual:<br>Doente xxxx, vem ao serviço de urgência do hospital xxxx por prostração e recusa alimentar há 3 dias. Na admissão doente pouco reativo à estimulação. Dependente total nas AVD’s, já previamente dependente, sem vida de relação. Pele e mucosas pálidas e desidratadas, viscosas. Na triagem é triado com pulseira laranja (muito urgente) e é encaminhado à sala de reanimação após avaliação pela enfermeira especialista.<br>Após colocação de AVP e colheita de sangue para análises e gasimetria arterial, por indicação médica colocado O2 por MV 24% por PaO2 – 58.</td></tr>
<tr><td>Aplicando a escala de NEWS2 o score total é de 14 (doente de alto risco).<br>Foi instituída terapêutica para hidratação EV, colhidas análises e iniciou antibioterapia por uma provável infeção do trato urinário e uma provável lesão renal aguda em contexto de desidratação.<br>Doente foi internado em SO para maior vigilância.”</td><td></td></tr>
</table>

(Tabela 3: 3º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG)

<table>
<tr><td>02/11/2023</td><td rowspan="2">Sinais vitais:<br>TA: 74/39mmHg<br>FC: 110bpm<br>SPO2: 95%<br>FR: 22 cpm<br>T: 35,9ºC</td></tr>
<tr><td>História de doença atual:<br>Doente xxxx, vem ao serviço de urgência do hospital xxxx por mau estar generalizado, náuseas, vómitos e diarreia.<br>Na admissão GCS 15, dependente parcial nas AVD’s devido ao motivo que recorre ao SUG. Hemodinamicamente hipotensa, taquicardica. Pele e mucosas pálidas e desidratadas. Extremidades frias.<br>Na triagem é triada com pulseira amarela (urgente).<br>Nos balcões é observada pelo enfermeiro que avalia a senhora.</td></tr>
<tr><td>Aplicando a escala de NEWS2 no momento o score total é de 9 (doente de alto risco). Esta doente permaneceu em balcões durante o turno, realizou hidratação endovenosa e foi reavaliada pela equipa médica. Por dejeções líquidas persistentes com muco, foi colhida uma amostra de fezes que vieram positivas para clostridium difficile. Por indicação médica esta doente foi internada em SO, iniciou terapêutica vasopressora e foi transferida para a unidade de cuidados intensivos.<br>No decorrer desse mesmo dia a doente teve de ser intervencionada no bloco operatório, mas a mesma não resistiu, acabando por falecer nesse mesmo dia.”</td><td></td></tr>
</table>

(Tabela 4: 4º Exemplo de aplicação da Escala de *NEWS2* no SUG)

| | |
|---|---|
| **06/11/2023** | |
| **História de doença atual:**<br>Doente xxxx vem ao serviço de urgência do hospital xxx por cansaço a pequenos esforços e tosse. Nega dor torácica. GCS 15, Independente nas AVD's, vem em cadeira de rodas com o filho que refere que doente ficou assim após ter realizado um esforço prolongado há 2 dias. Ainda na triagem é avaliada uma SPO2 – 80%. Foi colocado O2 por ON a 4L/min e mobiliza-se o doente para a sala de inalatórios para maior vigilância. Foi triado com pulseira laranja (muito urgente). | Score de *NEWS2*:<br>**Score 5 – doente médio risco** |
| Posteriormente é avaliado pela equipa médica que assume como diagnóstico clínico uma insuficiência cardíaca descompensada e medica o doente.<br>Á reavaliação do enfermeiro o doente encontrava-se sentado, a cumprir O2 por ON 4L/min. SPO2 – 84%, dispneico, sudorético com as extremidades cianosadas. Aumentado O2 progressivamente até 40% e chamada equipa médica para reavaliação. | Score de *NEWS2*:<br>**Score 9 – alto risco** |
| O doente é encaminhado à sala de reanimação por entrar num quadro de edema agudo do pulmão. Fez terapêutica dirigida e iniciou Ventilação Não Invasiva (VNI)." | |

Em suma, e reforçando a ideia que conclui ao realizar a *scoping review,* a aplicação generalizada da escala de *NEWS2* em contexto hospitalar só trará benefícios, quer para os doentes, quer para os profissionais. Tal como se pode constatar com os exemplos apresentados, o *score* atribuído está diretamente relacionado com a evolução do estado clinico do doente. O SUG foi um excelente serviço para colocar em prática o meu tema de trabalho pois fui confrontado com variadas situações em que bastava a intuição do enfermeiro especialista para perceber o grau de gravidade do doente, o que se pôde concluir aplicando a escala. Em contexto de UCI, ao entender o funcionamento de ativação da EEMI, percebi a importância que tem conhecer e saber aplicar a escala em internamento hospitalar para assim ser feita uma rápida e correta avaliação de deterioração do doente crítico e, posterior encaminhamento para os meios mais adequados de resposta a cada situação.

# 4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE ADQUIRIDAS

O Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo e enumera as competências para atribuição do grau de mestre no ensino superior em Portugal:

> "a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: *i*) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; *ii*) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; *b*) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; *c*) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; *d*) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; *e*) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. 2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização." (p. 4162).

Ao realizar este ciclo de estudos de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, consegui aprofundar os meus conhecimentos técnico-científicos na área da enfermagem médico-cirúrgica. Desenvolvi as minhas competências na área da investigação científica através da realização de uma *scoping review,* e consegui transladar conhecimento para a

minha prática clínica. Conhecimento este adquirido e desenvolvido durante o decorrer destes três semestres através da componente teórica e da componente prática (estágio).

Face ao exposto, o grau de mestre irá permitir que eu consiga mobilizar os conhecimentos especializados adquiridos com a frequência deste curso, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados e para a divulgação da investigação científica produzida ao longo do mesmo na área científica de enfermagem.

# 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Na elaboração do presente relatório e na minha prática de cuidados foram sempre tidos em consideração os aspetos ético-deontológicos inerentes à nossa profissão, tal como estabelecido pelo Código Deontológico dos Enfermeiros no seu artigo 106.º, o enfermeiro tem o dever do sigilo profissional.

> "1 — O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:
> a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.
> 2 — Não podem fazer prova em juízo as declarações prestadas pelo enfermeiro em violação do sigilo profissional, ressalvado o disposto nos artigos 135.º do Código de Processo Penal e 417.º do Código de Processo Civil.
> 3 — O disposto no número seguinte aplica-se, com as necessárias adaptações, às declarações prestadas pelo enfermeiro em violação do sigilo profissional fora de juízo.
> 4 — O enfermeiro apenas pode revelar factos sobre os quais tome conhecimento no exercício da sua profissão após autorização do presidente do conselho jurisdicional, nos termos previstos no regulamento do conselho jurisdicional." (Lei n.º156/2015, p.8079-8080).

No exercício da sua profissão, o enfermeiro tem o dever de manter o sigilo e a proteção da dignidade da pessoa (Deodato, 2010). Em termos éticos somos confrontados diariamente com problemas que requerem de nós uma adaptação, pois somos profissionais que cuidam de pessoas e cada pessoa é única, tal como afirma Pacheco (2011):

> "O enfermeiro é uma pessoa com um quadro de valores próprio que cuida de outras pessoas, também elas com os seus valores, crenças, sentimentos e emoções únicas e singulares. Por isso, deve agir sempre no respeito pelas diferenças e pela singularidade de cada pessoa, pelo que não se pode pautar apenas pelo estrito cumprimento das normas e deve ter a preocupação de adoptar sempre um comportamento ético" (p.22).

A frequência do presente curso de mestrado permitiu-me ainda desenvolver competências já adquiridas no 1º ciclo de estudos (Licenciatura), nomeadamente no que diz respeito aos artigos 109.º "Excelência do exercício" e 110.º "Da humanização dos cuidados", do código deontológico dos enfermeiros.

# 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório expõe de forma crítico-reflexiva o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O ingresso neste ciclo de estudos sempre teve como objetivo melhorar a minha prática diária de cuidados de enfermagem para uma valorização pessoal e profissional e contribuir para a melhoria de cuidados aos doentes a meu cuidado. Este percurso permitiu-me refletir sobre os conhecimentos que já detinha, aprofundá-los e aprimorá-los para assim os poder aplicar na minha prática e para poder partilhar com os pares para um contributo uníssono na enfermagem especializada. A Enfermagem Médico-cirúrgica sempre foi a vertente especializada dentro da nossa profissão que me despoletou mais interesse para aprofundar conhecimento, e com a frequência deste curso de mestrado consegui atingir os meus objetivos pessoais e profissionais inicialmente propostos.

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir sobre toda a trajetória realizada durante os estágios, no que diz respeito às competências adquiridas em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral, que contribuíram para que atingisse todos os objetivos específicos delineados por mim, para que atingisse as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Nos vários contextos por onde passei tive de sair da minha zona de conforto pois não detinha qualquer experiência profissional em qualquer dos serviços, o que me permitiu realizar um estudo aprofundado sobre cada serviço, cada procedimento realizado e cada tipologia de doente integrante do serviço, o que contribuiu muito para o meu autoconhecimento nas diferentes áreas de atuação. Não menos importante, tentei sempre ao longo deste percurso dar especial atenção ao cuidado com a família da pessoa em situação crítica, que muitas vezes é desvalorizada pela equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.

Ao concluir este percurso com sucesso, sinto que sou um profissional, e, acima de tudo, uma pessoa com um pensamento crítico mais aprimorado para certas situações da

vida. Em relação à pessoa em situação crítica, tive várias oportunidades de aprendizagem e de crescimento a nível pessoal e profissional o que fazem de mim hoje, um enfermeiro com um conhecimento mais aprofundado e especializado na área da enfermagem médico-cirúrgica. Sempre com consciência das constantes exigências profissionais a que a nossa profissão está sujeita, foi com grande satisfação pessoal que realizei este curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Todo este percurso decorrido ao longo dos três semestres proporcionou-me um grande desenvolvimento pessoal na minha tomada de decisão, juízo e raciocínio clínico, conhecimentos científicos atualizados o que me permite basear os cuidados na evidência científica mais atualizada e conhecimentos ético-legais relacionados com a nossa profissão. Todos estes pontos contribuíram para que o meu *outcome* seja bastante positivo.

A escolha do tema para estudo para desenvolvimento durante este processo de aquisição de competências, deveu-se ao facto de sentir necessidade de existir uma ferramenta de apoio à prestação de cuidados de excelência, em contexto de internamento hospitalar, para apoiar a tomada de decisão do enfermeiro, enquanto profissional que acompanha o doente 24h por dia. Ao aprofundar a temática, consegui perceber a importância da aplicação da Escala de *NEWS2* em contexto de internamento, e ainda me permitiu apresentar resultados para os colegas dos contextos onde realizei os estágios, alertando-os para a importância da mesma, bem como aplicando a escala para constatar os resultados positivos obtidos. Ao partilhar estes resultados com as equipas, consegui promover a mudança de pensamento em alguns contextos, alertando para a importância de se ter um instrumento validado para fundamentar as nossas intervenções de enfermagem especializada, bem como a segurança e melhoria dos cuidados, sendo contributo para os padrões de qualidade definidos pela ordem dos enfermeiros.

Consegui atingir as competências de mestre exigidas ao elaborar um protocolo de *scoping review* sobre o meu tema de estudo, com intuito futuro de publicação para fomentar a investigação e a partilha de conhecimento atualizado na área científica de Enfermagem. Teve um grande contributo pessoal pois despertou-me um interesse na área de investigação e na partilha de resultados para a melhoria de cuidados.

Ao ser-me reconhecido o título de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, ambiciono dar continuidade ao investimento na minha formação académica e profissional, bem como investir na supervisão de futuros enfermeiros e enfermeiros especialistas para a transmissão de conhecimentos e no incentivo à formação dos pares,

na gestão de equipas e no contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Gao, H., McDonnell, A., Harrison, D., Moore, T., Adam, S., Daly, K., Esmonde, L., Goldhill, D., Parry, G., Rashidian, A., Subbe, C., Harvey, S. (2007). Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. *Intensive Care Med ;33:*667–79. https://doi.org/10.1007/ s00134-007-0532-3

Groarke, J., Gallagher, J., Stack, J., Aftab, A., Dwyer, C., McGovern, R., Courtney, G. (2008). Use of an admission early warning score to predict patient morbidity and mortality and treatment success. *Emerg Med J* ;5:803–6. https://doi.org/10.1136/emj.2007.051425

Hodgson, L., Congleton, J., Venn, R., Lui, C., Forni, G., & Roderick, P. (2018). NEWS 2-too little evidence to implement?. *Clinical Medicine (Vol. 18).* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334094/

Luis, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce "VIEWS" e "NEWS" em Portugal*. Tese de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde. Lisboa: Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Disponível em: https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/4230

OECD/European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros: Divulgar

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº15/2018. Acedido a 20/12/2023 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

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.* London: RCP.

Royal College of Emergency Medicine. (2016). *Position statement: National Early Warning Score (NEWS) for adult patients attending emergency departments.* London: RCEM,. www.rcem.ac.uk/docs/News/CEM10125-Position%20statement%20%20NEWS%20for%20adult%20patients%20attending%20EDs%20-%20June%202016.pdf

Williams, T., Tohira, H., Finn, J., Perkins, G., Ho, K. (2016). The ability of early warning scores (EWS) to detect critical illness in the prehospital setting: a systematic review. *Resuscitation*; 102:35–43. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation. 2016.02.011

# 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*.

Alam, N., Hobbelink, E., Van Tienhoven, J., Van de Ven M., Jansma, P., Nanayakkara, B. (2014). *The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review*. Resuscitation [Internet]. [cited 2016 May 06]; 85(5):587–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.013

American Association of Critical-Care Nurses. (2016). Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Critical Care Nurse, 36(1)*, 11-14. doi:10.4037/ccn2016980

Andrade, Y. (2016). *Previsão do risco de complicações na admissão numa unidade de cuidados de nível intermédio utilizando pontuação de escala de alerta precoce.* Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5417

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência.* Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Azevedo, P. & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de enfermagem Referência*. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012,113-122;

Barrett, E. (2017). Again, what is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, *30*(2), 129–133. https://doi.org/10.1177/0894318417693313

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referencia*, *4*(13), 83–92. https://doi.org/10.12707/RIV16085

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brooker, J., Synnot, A., McDonald, S., Elliott, J., Turner, T., Hodder, R., Weeks, L., Ried, J., MacLehose, H., Akl, E., Kahale, L., Hilton, J., Flemyng, E., Lasserson, T., Thomas, J., Skoetz, N., Clark, J., Featherstone, R., Noel-Storr, A., Living Evidence Network. (2019). *Guidance for the production and publication of Cochrane living systematic reviews: Cochrane reviews in living mode 2019*. https://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/inline-files/Transform/201912_LSR_Revised_Guidance.pdf

Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 91–101.

Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*.- Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954

Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associated with invasive mechanical ventilation: Nursing care. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2019*(20), 87–96. https://doi.org/10.12707/RIV18035

Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República nº n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16,* p 4147 – 4182

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro. *Diário da República nº 205/1996 Série IA* (pp. 2956-62). Ministério da Saúde.

Deodato, S. (2010). *DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM: DO PROBLEMA AOS FUNDAMENTOS PARA O AGIR*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. p.44-47. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984

Despacho nº 2902/2013 de 22/02/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2013). Diário da República: II série, nº38. p.7179-7180.

Direção Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa no 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Norma nº029/2012 de 29/12/2012. https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto.*

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa. p.29-32

Farenden, S., Gamble, D., & Welch, J. (2017). Impact of implementation of the National Early Warning Score on patients and staff. *British Journal of Hospital Medicine, 78(3),* 132–136. https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.3.132

Figueira, A. (2015). *Avaliação da Pessoa em Situação Crítica: Aplicação do National Early Warning Score (NEWS)*. Instituto Politécnico de Setúbal. Relatório de Trabalho de Projeto. Obtido em: https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10536

Frota, O., Ferreira, A., Loureiro, M., Cheade, M., & Reis, M. (2012). O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. *Rev. enferm. UERJ, 20(esp.1):*625-30.

Gonçalves, F., Brasil, V., Ribeiro, L., & Tipple, A. (2012). Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Acta Paul Enferm, 25(1):*101-7.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Versão 2, 1ªEd. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica do INEM.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). Censos 2021 - Divulgação dos resultados provisórios. www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271 534&DESTAQUESmodo=2

Isabel, A., Figueira, R., & Pereira, M. (2020). Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score. *Projetar Enfermagem-Revista Científica de Enfermagem* .

Kramer, A., Sebat, F., & Lissauer, M. (2019). A review of early warning systems for prompt detection of patients at risk for clinical decline. *J Trauma Acute Care Surg*. 87: S67–73. doi: 10.1097/ta.0000000000002197

Lei n.º156/2015, (16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 1ª série , 8059-8105. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896

Mahmoodpoor, A., Sanaie, S., Saghaleini, S., Ostadi, Z., Hosseini, M., Sheshgelani, N., Vahedian-Azimi, A., Samim, A., & Rahimi-Bashar, F. (2022). Prognostic value of National Early Warning Score and Modified Early Warning Score on intensive care unit readmission and mortality: A prospective observational study. *Frontiers in Medicine, 9.* https://doi.org/10.3389/fmed.2022.938005

Martín-Rodríguez, F., López-Izquierdo, R., Del Pozo Vegas, C., Sánchez-Soberón, I., Delgado-Benito, J., Martín-Conty, J., & Castro-Villamor, M. (2020). Can the prehospital National Early Warning Score 2 identify patients at risk of in-hospital early mortality? A prospective, multicenter cohort study. *Heart and Lung,* 49(5), 585–591. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.02.047

Nascimento, J., Oliveira, J., Alves, M., Braga, F., Góes, F., & Dalri, M. (2020). Debriefing methods and techniques used in nursing simulation. In *Revista Gaucha de Enfermagem* (Vol. 41). Universidade Federal do Rio Grande do Sul,Faculdade de Educação. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182

Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale ( Ncs ) Para a População. Revista Investigação Em Enfermagem, 77–89

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2a série, n o26, 4744–4750

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, OMS website. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf;

Pacheco, M. (2011). *DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA ÉTICA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM UMA TEORIA EXPLICATIVA*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. p.22

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI,* Available from https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Pocinho, R., Antunes. L., & Baptista. I. (2019). Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna. *Medicina Interna*, *26*(3), 200–207. https://doi.org/10.24950/rspmi/O/30/19/3/2019

Regulamento nº429/2018 de 16 de junho. *Diário da República nº130/2018 Série II.* (pp.19359-370). Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº140/19 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº26/2019 Série II.* (pp.4744-50). Ordem dos Enfermeiros.

Rocha, C., & Branco, M. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir,* 2(03), e27555. https://doi.org/10.48492/servir0203.27555

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

Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of*
*acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party*. London: RCP.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015).Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem, 19*(1)*, 32-46*. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série(no 3)*, 15–23. https://doi.org/10.12707/riii1019

Simões, C., & Simões, J. (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE ® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações.*

Souza, G., Peduzzi, M., Silva, J., & Carvalho, B. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50(4)*, 642-649. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015.

Souza, J., Júnior, J. & Miranda, F. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Referência*, 4 (12), 107-116. https://www.redalyc.org/journal/3882/388250148013/html/

The Joanna Briggs Institute. (2021). JBI Manual for Evidence Synthesis. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01

Vieira, J. (2015). EDITORIAL A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM. In *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* (Vol. 3, Issue 1).

Wallace, M., & Macy, D. (2016). Reduction of Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates in Patients in the Adult Intensive Care Unit. *Journal of Infusion Nursing, 39(1).* DOI: 10.1097/NAN.0000000000000151

Welch, J., Dean, J., & Hartin, J. (2022). Using NEWS2: an essential component of reliable clinical assessment. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, *22*(6), 509–513. https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0435

Williams, B. (2022). The National Early Warning Score: From concept to NHS implementation. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 22(6)*, 499–505. https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept

# ANEXOS

## ANEXO I – Certificado de participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

**VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**

**Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social**

# CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) David Alexandre Dias Tavares - estudante n.º 192022010, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

mailto:davidtavares17@gmail.com

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

# VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
# Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

## PROGRAMA

**9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**
**Moderador: Vanessa Cardoso Silva**
**Susana Simão dos Santos**
"Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."
**Catarina Belo**
"Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."
**Bruno Alves**
"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

**10:30 – SESSÃO DE ABERTURA**

11:00 – INTERVALO

**11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**
**Moderador: Vasco Soares da Veiga**
**Constança de Almeida Carvalho**
"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."
**Sónia Morgado**
"A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"
**Rafael Nunes**
"A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

**12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL**
**Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto,** vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

**14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**
**Moderador: Joana Cerejo**
**Ana Marta Pinto**
"O Abandono das Crianças no Hospital."
**Marisa Abrantes**
"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar."
**Rafaela Silva**
"Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

**15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL *"Nursology.net"* – Profª Doutora Peggy L. Chinn**
**Moderador: David de Sousa Loura**

16:15 – Entrega dos Prémios

17:00 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

## ANEXO II – Certificado de Apresentação de Póster no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

# CERTIFICADO

Certifica-se que **David Tavares**, apresentou o Póster n.º 13 com o tema **"Vantagens da aplicação da Escala de NEWS2 em doentes agudos em contexto de internamento – uma scoping review"**, em coautoria com Lurdes Martins no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

# APÊNDICES

**APÊNCIDE I – Póster Vantagens da aplicação da Escala de *NEWS2* em doentes agudos em contexto de internamento - *Uma scoping review***

# Vantagens da aplicação da Escala de *NEWS2* em doentes agudos em contexto de internamento

## *Uma scoping review*

David Tavares[1], Lurdes Martins[2]

1. Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
2. Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

**Introdução:** A Escala de Alerta Precoce *(National Early Warning Score)* é uma ferramenta fundamental para uniformizar a linguagem utilizada em contexto hospitalar. Caracteriza o estado de declínio das funções vitais do doente para que, assim, seja mais fácil a sinalização e monitorização rigorosa dos doentes em situação critica e prevenir complicações major nos doentes internados.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível sobre as vantagens da aplicação da Escala de *NEWS2* em doentes agudos em contexto hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Esta *scoping review* será elaborada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Foram definidos critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto, considerando doentes agudos internados em serviços de internamento hospitalar (população), vantagens da escala de *NEWS/NEWS2* (conceito) e contexto hospitalar (contexto) (The Joanna Briggs Institute, 2021).

**Conclusões:** Conclui-se que a aplicabilidade da escala de *NEWS2* a nível nacional trará grandes benefícios para o sistema de saúde português, nomeadamente na uniformização da linguagem utilizada, na prevenção de complicações irreversíveis e na correta sinalização dos doentes em contexto hospitalar para os meios diferenciados.
É uma escala facilmente utilizada por todos os profissionais de saúde e que se encontra validada e traduzida para Portugal. Deve ser utilizada complementarmente com o juízo clínico dos profissionais que avaliam os doentes em contexto de internamento.

| 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, 2017).

**O doente é avaliado e ao aplicar a escala é-lhe atribuído um score**

| NEW score | Clinical risk | Response |
|---|---|---|
| Aggregate score 0–4 | Low | Ward-based response |
| Red score Score of 3 in any individual parameter | Low–medium | Urgent ward-based response* |
| Aggregate score 5–6 | Medium | Key threshold for urgent response* |
| Aggregate score 7 or more | High | Urgent or emergency response** |

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.
**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

(Royal College of Physicians, 2017).

Referências bibliográficas