



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**O impacto dos cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação crítica**

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Catarina da Cruz Martins

Porto, março 2019





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**O impacto dos cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação crítica**

The impact of specialized nursing care in promoting quality of life in the critically ill patient

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Catarina da Cruz Martins

Sob Orientação: Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto, março 2019



### **Resumo:**

O presente relatório retrata o processo evolutivo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, para a prestação de cuidados especializados, à pessoa adulta e idosa, com doença grave e em situação crítica, durante o contexto de estágio: prestação de cuidados ao doente crítico no pré-hospitalar e em cuidados intensivos. Percurso esse, orientado pela temática, “*O impacto dos cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação crítica*”. Para a caracterização desta experiência, foi peremptório a utilização de uma metodologia descritivo-reflexiva, para analisar e dar resposta às situações vivenciadas, à luz do melhor conhecimento científico.

Em ambos os contextos o juízo crítico imperou, permitindo a identificação de situações problema, a sua análise e devida proposta de melhoria, em discussão com os pares. Situações desde a prestação direta de cuidados à gestão de recursos e da qualidade. Todo este processo dinâmico é, de certa forma, narrado nos capítulos que se seguem, evidenciando as escolhas realizadas, reflexões, atividades desenvolvidas e competências adquiridas. As oportunidades de intervenção e de melhoria detetadas, prescreveram a realização de dois trabalhos pertinentes para a prática e atuais, “A aplicação do *National Early Warning Score* em contexto pré-hospitalar” e “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas” e que vão ser retratados posteriormente.

Descrevem-se, do mesmo modo, consideráveis aprendizagens transversais a todas as áreas de atuação: comunicação de más notícias, segurança do medicamento, controle de infeção, estratificação de risco clínico, dotações seguras, gestão da dor e gestão de recursos. Identificando em cada item, oportunidades de melhoria e o desenvolvimento de estratégias de resolução de situações-problema, baseado na sustentação teórica e reflexão entre pares. Partilha-se a cogitação sobre percurso construído, as implicações para a prática profissional e principais contributos individuais.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Cuidados Críticos, Enfermagem Baseada em Evidências, Vulnerabilidade em Saúde.



**Abstract:**

This report portrays the process that enabled the development of knowledge and skills of specialized caregiving (towards adults and the elderly, in severe sickness and the critically ill). This took place in two apprenticeships: care of the critically ill patient before admittance to Hospital and in the Intensive Care Unit.

The whole journey was guided by the theme “*The impact of specialized nursing care in promoting quality of life in the critically ill patient*”. To better characterize the experience, the use of a descriptive and reflexive methodology became imperative. This enables the analysis of the experienced situations in the light of current and accurate scientific knowledge.

Critical judgment and discussion with peers was key in both contexts, allowing the identification of problems, its analysis, and due plans for improvement. The situations ranged from direct caregiving to resource and quality management. The following chapters narrate this dynamic process, highlighting the choices that were made, reflections, activities that were developed and acquired competencies. The detected opportunities for improvement resulted in two pertinent and current essays, “*The application of the National Early Warning Score in prehospital context*” and “*ICU with open doors*”. These are portrayed later.

There were considerable learning moments throughout all the areas of care, such as communicating bad news, medication safety, infection control, clinical risk stratification, safe appropriations, pain management and resource management. Each subject offered the opportunity for improvement and the development of problem-solving strategies, based on theoretical support and reflection among peers. A reflection on the journey is shared, its implications for professional practice, and main personal contributions.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, Critical Care Nursing, Evidence-Based Nursing, Health Vulnerability.



*“O que eu não consigo construir não consigo compreender”*

*Richard Feynman*



### **Agradecimentos:**

À minha orientadora, Prof. Doutora Patrícia Coelho, pela exigência, pela insatisfação com o mediano, pela paciência e pelo cuidado em contribuir para que este período de aprendizagem, seja tanto uma evolução acadêmica como um crescimento pessoal. O meu sincero e reconhecido, Obrigada!

Aos meus pais, que me apoiam incondicionalmente. Que me incentivam sempre a ir atrás dos meus sonhos e a acreditar que tudo é possível se nos dedicarmos, se tivermos foco e se soubermos o que queremos. Meus queridos pais, *mil vezes obrigada* por tudo.

Aos meus colegas de trabalho, pela generosidade de afeto desde o primeiro dia, pelo interesse, pelos conselhos, pela experiência que transmitem, pela postura que ensinam e pela maturidade que têm.

À minha chefe, pela disponibilidade total, pela flexibilidade, pela ajuda e pelo carinho.

Aos meus amigos, por sofrerem comigo as minhas desilusões, por partilharem comigo os meus sucessos, por fazerem este percurso de vida ao meu lado. Obrigada!



### **Índice de Siglas:**

BIS – Bispectral Index

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxigenation

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA – Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus

NEWS – National Early Warning Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIV – Suporte Imediato de vida

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## Índice

Índice .....	15
<b>1. Introdução .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Contextualização dos locais de estágio.....</b>	<b>21</b>
<b>3. Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas para cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida no doente crítico .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.Gerir o ambiente e otimizar os processos terapêuticos durante a prestação de cuidados à pessoa, e respetiva família, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3.Dinamizar a resposta em situações de emergência. ....</b>	<b>42</b>
<b>3.4.Conceber planos de intervenção tendo como objetivos a adaptação aos processos de transição saúde/doença. ....</b>	<b>43</b>
<b>3.5.Maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica .....</b>	<b>46</b>
<b>3.6.Promover os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em pessoa em situação crítica .....</b>	<b>51</b>

3.7. Promover a reflexão relativamente à responsabilidade ética e social da necessidade de existirem dotações seguras face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem na pessoa em situação crítica. ....	56
4. Conclusão.....	61
5. Referências Bibliográficas .....	65
Apêndices .....	77
Apêndice I - Aplicação da <i>Early Warning Score</i> em contexto pré-hospitalar .....	79
Apêndice II - Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas” .....	147
Apêndice III - Questionário de avaliação da percepção das reuniões de acompanhamento familiar na UCI.....	185

## **1. Introdução**

Compreender a vulnerabilidade como uma característica fundamental da natureza humana, comum a todos e como uma dimensão da vida à qual não conseguimos escapar, predispõe-nos à capacidade de vermos o outro como um ser igualmente frágil (UNESCO, 2013). Esta visão do outro, como um ser que necessita de cuidados, molda as nossas relações interindividuais, intervém sobre a nossa forma de agir, inculcando o sentido de responsabilidade e de solidariedade.

Viver, é expormo-nos a uma panóplia de influências que podem ser uma ameaça à nossa integridade física e psíquica, todos nós estamos confrontados com a possibilidade de doença e de incapacidade (Messman, 2008). Quando essa possibilidade se concretiza, deparamo-nos perante uma situação de agressão à nossa integridade, podendo afetar um ou mais órgãos vitais, cursar com perda de saúde ou até ameaçar a vida. Esta situação crítica, com falência, ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, obriga a uma assistência imediata. Assistência essa, que deve ser devidamente qualificada, objetivando a resposta às necessidades identificadas, a prevenção de complicações e mitigando eventuais inabilidades.

Adquirir conhecimentos especializados, numa área clínica específica, que permitam uma elevada qualidade de decisão e de competências clínicas é uma mais valia para os profissionais de saúde, para os nossos doentes e para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão (Lopes et al., 2018). Este documento surge portanto, enquadrado no processo de aquisição de competências especializadas, visadas no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

O terceiro, e último semestre, deste curso, tem como unidade curricular o Estágio Final e Relatório, correspondendo a um total de 750 horas de trabalho e equivalem a 30 créditos, sendo que, 360 dessas horas, são de contacto, 20 de seminários, 20 de orientações tutoriais e as restantes 350 são de trabalho individual. O tempo estabelecido para contacto foi distribuído de forma equitativa entre os dois locais de estágio selecionados. Em ambos a

tutoria ficou atribuída a um enfermeiro especialista e/ ou mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientados pela Prof. Doutora Patrícia Coelho.

As opções de estágio tiveram em conta a experiência profissional adquirida até aos dias atuais e a necessidade sentida em a complementar com outros contextos de trabalho. O primeiro módulo de estágio, desenvolveu-se no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico em contexto pré-hospitalar desde 10 de Setembro a 3 de Novembro de 2018. Foi a minha principal aposta em termos de escolha de locais de estágio por, inicialmente, considerar que fosse o que trouxesse os maiores contributos para a minha aprendizagem, algo que sofreu algumas mudanças de opinião ao longo do estágio e que descrevo nas limitações encontradas neste percurso. O segundo módulo, no período definido desde dia 5 de Novembro de 2018 até 4 Janeiro de 2019, teve lugar numa unidade de cuidados intensivos polivalente, considerada um centro de referência ECMO, num dos maiores hospitais da região Norte, com excelentes classificações no *ranking* dos melhores hospitais do país, daí minha escolha para local de estágio. Cada módulo teve uma carga horária total de 180 h.

Ao doente crítico há uma crescente complexificação dos cuidados de saúde que lhe são prestados e a necessidade de redefinição dos focos de atenção e de atuação com o objetivo de potenciar as estratégias de gestão, produtividade e capacidade de resposta aos desafios que se impõe à nossa prática profissional. Face aos processos de vida e aos problemas de saúde que se manifestam, os enfermeiros especialistas assumem responsabilidades acrescidas e uma capacidade de atuação diferenciada.

O estágio, enquadra-se no processo formativo do enfermeiro especialista ao possibilitar a transformação das experiências em competências especializadas, recorrendo à análise crítica e reflexiva das observações, atividades desenvolvidas e a evolução do conhecimento científico. A elaboração prévia, de objetivos individuais, com a salvaguarda de poderem sofrer alterações, de acordo com as experiências que seriam vivenciadas, as características dos devidos contextos e as sugestões realizadas pelos participantes neste percurso académico, possibilitou uma aprendizagem motivada pelos interesses pessoais e garantiu não apenas o zelo na aprendizagem como também a responsabilidade por este processo.

Os enfermeiros representam os elementos da equipa multidisciplinar que passam mais tempo junto do doente sendo, de um ponto de vista pessoal, os que têm mais oportunidades para imputar um impacto sobre a qualidade de vida do alvo dos seus

cuidados. Enquanto especialista essas oportunidades de intervenção potencializam-se, pela aquisição de um olhar aprimorado e perspicaz adquirido durante este processo acadêmico.

Este relatório cumpre então, o objetivo *major* de reflexão global do processo desenvolvido até ao presente dia, demonstrando as reflexões desenvolvidas, assim como a descrição das atividades implementadas e as competências adquiridas na área de especialização. Relatando ainda as oportunidades de melhoria identificadas e as propostas efetuadas.

Após uma breve descrição das opções de estágio, optei por estruturar este documento em função dos objetivos traçados para este percurso onde, em cada um deles, demonstro as principais reflexões realizadas, perante as quais foram desenvolvidas algumas atividades, devidamente sustentadas pela revisão da literatura, e identificadas oportunidades de melhoria. Este processo surge ainda com o objetivo de aquisição de competências especializadas que também se evidenciam.

Concluo o relatório com uma análise transversal a todo este período e processo, onde exponho as implicações para a minha prática profissional doravante, os contributos que deixei nos locais que me receberam e as principais limitações que se fizeram sentir. Ainda, em apêndice, são apresentados, na íntegra, os trabalhos que foram realizados no âmbito dos dois estágios.



## **2. Contextualização dos locais de estágio**

A escolha dos locais de estágio recaiu sob uma análise do meu percurso profissional, nos serviços de reanimação de grandes queimados e reanimação polivalente de Marselha, e em Portugal no Bloco Operatório, assim como o percurso académico feito até hoje e por considerar que os serviços selecionados seriam suficientemente estimulantes e exigentes, permitindo a aquisição das competências almejadas.

O enfermeiro de emergência extra-hospitalar detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, reflexo de uma prática profissional baseada na evidência. Esta forma de atendimento promove um tratamento integral, oportuno e de qualidade nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar. Em contexto de ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), exerce as suas funções com autonomia e exigência, sobre si recaindo a responsabilidade da avaliação e decisão atendendo, em qualquer circunstância, aos princípios legais, éticos e à Deontologia profissional. Estas condições de trabalho promovem a aquisição e desenvolvimento de várias competências e uma grande diversidade de conhecimentos o que torna este local de estágio rico em experiências (Ordem dos Enfermeiros (a), 2018).

O atendimento pré-hospitalar implica providenciar, muitas vezes, cuidados críticos com recursos limitados e em contextos físicos desafiantes, ter uma metodologia de abordagem bem estruturada, capacidade de estabelecer prioridades, uma capacidade de análise das situações bem desenvolvida, estratégias de comunicação adaptadas a cada situação e uma elevada capacidade técnica e humana de resposta. A seleção deste local foi feita por o considerar um elemento extremamente importante para enriquecer a minha experiência profissional e como uma oportunidade de adquirir competências que no meu âmbito profissional não teria oportunidade, para poder pôr em prática conhecimentos adquiridos em formações académicas, para sair do conforto da prestação de cuidados em meio hospitalar e experienciar a necessidade de deter conhecimentos, habilidades e atitudes próprias para a execução cuidados de enfermagem em meio extra hospitalar em situações de emergência e analisar os cuidados com as normas de segurança.

Ao doente crítico há uma crescente complexificação dos cuidados de saúde que lhe são prestados, para além das técnicas de monitorização e tratamento, há uma necessidade de se redefinir quais são os focos de atenção e de atuação com o objetivo de potenciar as estratégias de gestão, produtividades e capacidade de resposta ao desafios que se vão impondo ao longo da nossa prática profissional. Não basta ser bom tecnicamente, os avanços científicos que se fazem reiteram a necessidades da qualidade humana nos profissionais de saúde. A qualidade do processo assistencial é um processo extremamente complexo que envolve também desenvolvimento profissional individual, que é fundamental para a assistência ao doente nas sua globalidade.

A última etapa, numa unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital central do Norte do país, teve uma componente afetiva muito importante por considerar que se trata de um local privilegiado para a prestação de cuidados e onde a busca pela excelência tem de ser contínua, tendo também o potencial para demonstrar o impacto dos cuidados de enfermagem de qualidade. De forma a terminar este ciclo de estudos com a área de enfermagem que mais me motiva, os cuidados intensivos, optei por fazê-lo numa unidade hospitalar que estivesse integrada num Hospital Central e Universitário, considerado como um centro de referência para diversas áreas, nomeadamente a que motivou a escolha do serviço em questão. Foram vários os critérios que levaram a esta escolha: por ser o centro de referência em ECMO, pelas características sociodemográficas da população e abrangência do próprio hospital, pela sua polivalência e por ser um serviço que investe na evolução da profissão de Enfermagem.

Melhorar a qualidade dos serviços de saúde que são prestados é uma necessidade europeia, assim como o aumento da eficácia dos sistemas de saúde e a redução dos seus custos, estas são as metas que estão na base da implementação de estratégias que garantam não só os resultados como a sua sustentação ao longo do tempo. Assim sendo, a 9 de Março de 2011, foi emitida uma Diretiva da União Europeia, que encoraja os estados membros a criarem centros de referência nacionais, ao qual o nosso Sistema Nacional de Saúde deu resposta em Agosto do mesmo ano, com a criação de um grupo de trabalho. Em 2014, fruto desse trabalho, é emitida a Portaria nº194/2014 que estabelece a definição de centro de referência, os seus objetivos, os seus deveres e obrigações, princípios de funcionamento, processo, formalização e critérios de reconhecimento e outras considerações sobre a Comissão Nacional para os Centros de Referência.

Transportando o que é definido como Centro de Referência nessa mesma portaria, como fundamentação para a eleição deste local de estágio, pode-se então declarar que é um

local onde se prestam cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas complexas e com a capacidade de produzir evidência científica na sua área médica.

Atendendo ao paradigma europeu e á sua classificação das unidades de cuidados intensivos (UCI) por níveis, a unidade em questão é uma de nível III (Penedo et al, 2013). Os doentes aqui admitidos são aqueles cuja condição clínica exige a concentração especial de meios técnicos e profissionais, altamente diferenciados, assim como uma equipa de enfermagem que esteja á altura do desafio, altamente qualificada na sua área de atuação, garantindo os mais elevados padrões de qualidade e em conformidade com a evidência clínica disponível. O que corresponde ao local mais adequado para desenvolver atividades de forma a dar resposta aos objetivos traçados inicialmente e para a aquisição de competências especializadas no contexto de doente crítico.



### **3. Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas para cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida no doente crítico**

A evolução tecnológica, reitera alterações constantes e consideráveis não só nas necessidades percebidas, como também na exigência de qualidade em todos os sectores. Sendo a saúde, o sector que mais depende de recursos humanos qualificados, é inegável a carência e a obrigatoriedade de investimento permanente na qualificação dos seus profissionais.

Nos tempos que correm, a enfermagem depara-se com responsabilidades acrescidas, com tomadas de decisão cada vez mais complexas e com a imposição de cuidados de saúde eficazes. Para dar resposta a estas solicitações é imperativo que se produzam conhecimentos aprofundados em domínios específicos de enfermagem.

É aqui que se enquadra o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica que, para além da sua área de atuação em múltiplos contextos, tem ainda um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, uma elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão relativamente a um campo de intervenção face aos processos de vida e aos problemas de saúde que se manifestam. Ele assume um papel considerável na educação, orientação, aconselhamento e liderança, sem nunca negligenciar a sua responsabilidade na área da investigação e produção de novos conhecimentos (Ordem dos enfermeiros (b), 2018).

Considerando o Regulamento n.º429/2018, publicado em Diário da República a 16 de Julho de 2018, onde o mesmo atende à vasta abrangência da especialidade Médico-Cirúrgica e onde se reconhece a necessidade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto das nossas atividades, e correspondendo ao plano de estudos do curso previamente apresentado, a área de intervenção por mim escolhido enquanto futura enfermeira especialista é a área de intervenção por mim escolhida, é a pessoa em situação crítica. Incorporando sempre que plausível, domínios de competência de outros campos de intervenção.

Assim sendo, irão ser apresentados os objetivos traçados onde,

individualmente, se expõe as atividades desenvolvidas, as reflexões que permitiram partilhas entre pares e tutores, e as competências adquiridas, tendo como base o Regulamento nº 429/2018, referente às competências específicas do EEMC, e o Regulamento nº 140/2019, que regula as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

### **3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

O exercício profissional de enfermagem concentra-se essencialmente no cuidado à pessoa, grupos, família e comunidade. Cuidados que têm como base conhecimentos originários da disciplina de enfermagem e que são realizados a uma e por uma pessoa, estabelecendo uma relação de respeito e profissionalismo. Cuidar, está relacionado com a manutenção das funções vitais, a elementos afetivos, relacionais, éticos e sociais, centrados na pessoa de uma forma personalizada e com uma visão holística (Marques, 2002).

Desenvolver uma prática segura, profissional e ética, é um dos objetivos da realização deste investimento académico, assim como conhecimento no domínio ético-deontológico, que me permita uma avaliação sistemática das melhores práticas e das preferências do doente, uma prática que respeite os direitos humanos e que assuma a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes. James Smurl (1988), faz uma consideração muito ajustada do que é a tomada de decisão ética, refere-a como um processo que envolve competência e arte. A forma, a vontade e a dedicação como cuidamos do outro, determina o nosso percurso profissional e a nossa relação com o doente e a sua família, é mais do que algo que se ensina, mais do que algo que se aprende, é um imperativo moral que fundamenta o exercício de Enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa (Vieira, 2017).

Na nossa prática diária não podemos desconsiderar a importância do respeito dos princípios éticos que estão relacionados com os cuidados de saúde: a justiça, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a responsabilidade. Segundo a deontologia kantiana todas as pessoas são merecedoras de respeito, independentemente de quaisquer outras condições, considerações ou circunstâncias.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para além de ser um elemento com as devidas competências para atuar em múltiplos contextos, tem ainda um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, uma elevada

capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão relativamente a um campo de intervenção e face aos processos de vida e aos problemas de saúde que se manifestam (Ordem dos Enfermeiros (b), 2018). A evidência para além de corroborar o impacto positivo da especialização, identifica também: ganhos em saúde para os clientes, para as instituições e para os profissionais de saúde, ou seja, melhora os indicadores de saúde, de gestão, de eficiência e ainda a melhoria dos índices de satisfação (Lopes et al., 2018).

Prestar cuidados de excelência e especializados, em contexto de doença crítica, é algo complexo e que requer a consciencialização das necessidades sentidas pelos doentes nestas circunstâncias. Ter a capacidade de intervir e dar resposta a essas mesmas necessidades é algo bastante significativo na prevenção de experiências traumatizantes e na prestação de cuidados centrados no doente (Aro et al., 2012).

Para dar resposta ao objetivo definido, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, a prestação de cuidados à pessoa, a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, gerindo a dor e o bem-estar de forma diferenciada e prevenindo complicações, identificando os problemas potenciais e prescrevendo intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade, foram desenvolvidas algumas atividades, recorrendo a estratégias de observação, revisões bibliográficas e intervenções.

Durante o contexto de prestação de **cuidados em ambiente extra-hospitalar** foi notória a aplicação da observação sistémica e sistematizada do doente e de todos os aspetos envolventes à prestação de cuidados. Foram momentos de aprendizagem muito importantes e algo que é transversal a todos os contextos de prestação de cuidados. Uma avaliação sistematizada assegura a identificação de condições de risco de vida e o seu tratamento prioritário. Para além disso, a avaliação precisa dos doentes é uma das competências mais importantes dos enfermeiros que exercem funções em contexto pré-hospitalar e permite ainda definir se é uma vítima crítica ou não crítica (INEM, 2012).

A comunicação, durante a abordagem à vítima, tratamento, transporte e transmissão de dados à equipa que recebe o doente é uma competência fundamental e também transversal. É uma atividade que deve ser realizada de uma forma estruturada, pensada e consciente. Para além disso, é uma ferramenta essencial em Enfermagem e está presente em todas as ações que desenvolvemos junto do doente e da sua família.

Define-se, comunicação terapêutica, como aquela que é estabelecida entre o enfermeiro e o doente com o objetivo de identificar e dar resposta às suas necessidades, fomentando sentimentos de confiança, segurança e satisfação recíprocos (Pontes et al.,

2008). Vieira (2017) refere, de uma forma soberana, que o enfermeiro presta cuidados em todo o ciclo vital da pessoa, seja ela saudável ou doente, mas que a principal arma terapêutica somos nós e as relações que estabelecemos com aqueles que carecem dos nossos cuidados.

Para a prática de cuidados especializados, é fundamental o desenvolvimento de competências comunicacionais indispensáveis à prestação de cuidados, verbal ou não-verbalmente. Assim sendo, e atendendo ao Regulamento nº 429/2018 da OE, que prevê que o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (EEMC), tenha a capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes, tanto com o doente como com a sua família, e recorra a técnicas de comunicação adequadas. Durante os estágios, desenvolvi conhecimentos sobre técnicas de comunicação, com o doente, a sua família e com a equipa multidisciplinar.

Recorrendo ao material didático fornecido no início do estágio extra-hospitalar, procurei pôr em prática os aspetos facilitadores da comunicação durante a abordagem à vítima, comportamentos de escuta ativa, empatia, ter consciência das minhas expressões corporais, postura corporal e o meu comportamento visual, adequar os meus gestos, moderar o recurso ao toque e adaptar a aparência ao ambiente de prestação de cuidados (INEM, 2012).

Transmitir más notícias, é algo frequente no contexto de prestação de cuidados extra hospitalar, e representa-se como um tarefa complexa, que exige mais habilidades do que a simples comunicação verbal. É uma interação complexa, onde não se pode estimar o peso, o impacto que a má notícia terá até se ter determinado as expetativas e a compreensão da situação, por parte e quem as recebe.

O exercício comunicacional de más notícias está bem definido e bem trabalhado, na situação dos doentes oncológicos, a questão que ponderei foi sobre o que podemos aprender com a experiência desenvolvida neste contexto de trabalho que possa enriquecer e melhorar as práticas pré-hospitalares nestas situações difíceis e por vezes, complexas. O protocolo SPIKES, descrito por Baile et al. em 2000, para a transmissão de más notícias, poderia ser uma ferramenta válida a aplicar. Ele é composto por seis etapas onde se pretende dar resposta aos objetivos mais importantes da transmissão de más notícias, sendo eles, a recolha de informações sobre o doente em questão, transmitir essas informações, providenciar suporte e desenvolver um plano para o futuro. Cada letra da mnemónica SPIKES, corresponde a uma etapa do protocolo, que passo a descrever brevemente.

A primeira etapa, o S, *Setting Up the Interview*, considera a preparação da entrevista, o ensaio mental do momento, preparando-se tanto para os sentimentos que poderá vir a sentir ou a sua reação à resposta emocional de quem recebe as más notícias. O local onde elas são transmitidas também tem um impacto muito importante para a sua receptividade, aqui devemos procurar ter privacidade, envolver pessoas importantes, sentar-se, recorrer à comunicação não verbal e ter em atenção às interrupções. A segunda etapa, o P, *Perception*, refere-se à avaliação da percepção do receptor da notícia, ou seja, recorreremos a perguntas abertas para determinar o que foi percebido da situação, e a partir daí, corrigimos informações e moldamos a má notícia para melhor compreensão e aceitação. O I, *Invitation*, a terceira etapa, corresponde a uma troca de informação, mas atendendo ao que o receptor quer ouvir, disponibilizando-se para esclarecer ou fornecer mais informações mais tarde de assim o desejar.

Dar conhecimento e informação ao doente, faz parte da quarta etapa, K, *Knowledge*, preparar a chegada das más notícias, com o intuito de diminuir o impacto inicial e para facilitar o processamento da mensagem, por exemplo, iniciar a frase na negativa, recorrer a vocabulário não técnico, evitar palavras extremistas e fragmentar a informação, verificando periodicamente a compreensão de cada informação dada. A penúltima etapa, E, *Emotions*, é o momento onde se procura explorar e responder às emoções, podendo elas terem uma grande variabilidade individual. Perante esta situação, quem comunica a má notícia, pode ter uma resposta afetiva, resposta essa que consiste em quatro etapas. A primeira é a observação da resposta emocional, a segunda é a identificação da emoção sentida, terceira, identificação da razão da emoção sentida e por último, depois de ter dado tempo para a expressão de sentimentos, relacione a emoção ao seu motivo numa frase. Estratégia e Resumo, S, *Strategy and Summary*, são a última etapa deste protocolo, e ajuda a lidar com os sentimentos futuros (Baile et al, 2000).

O intuito desta descrição foi facilitar a compreensão de que, aplicar este protocolo, na sua plenitude, em meio pré-hospitalar é uma meta demasiado abrangente para os condicionalismos impostos pelas características laborais no próprio ambiente e pela fugacidade que impera em determinadas circunstâncias. No entanto, embora parcelado, foi possível observar a aplicação de algumas das suas etapas. A avaliação da percepção e a preparação da transmissão das más notícias foram as que mais eram utilizadas.

Um dos objetivos estratégicos para melhorar a segurança dos doentes, atendendo a que as falhas na comunicação representam 70% dos eventos adversos em saúde, é o aumento na segurança da comunicação. A transição de cuidados de saúde, como acontece

quando há a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação, nos transportes inter-hospitalares, intra-hospitalares ou após o transporte de um doente a uma instituição de saúde depois da sua estabilização em meio pré-hospitalar, pretende-se que seja um momento que permita a manutenção da continuidade dos cuidados e a sua segurança. Estes momentos, de transmissão de informação entre profissionais de saúde, pretendem-se que sejam conduzidos de forma precisa, completa e compreendida, ou seja, pretende-se uma comunicação eficaz.

Com este objetivo com foco, foi criada a mnemónica ISBAR, uma recomendação para a padronização da comunicação, promovendo a segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde, I (identificação dos intervenientes, do doente e do local onde se encontram), S (situação atual e descrição do que motivou a necessidade de cuidados), B (antecedentes e descrição de achados clínicos, de enfermagem e outros aspetos relevantes para o processo de tratamento), A (avaliação, informação sobre o estado do doente, terapêuticas instituídas, qual foi a estratégia de tratamento implementada e se houve alterações do estado de saúde), R (recomendações e qual foi o plano terapêutico implementado à situação clínica do doente) (Direção Geral de saúde, 2017). Foi seguindo esta norma que a comunicação na passagem de dados ao CODU era feita, assim com na chegada ao hospital, aos colegas que recebiam o doente na unidade hospitalar. Efetivamente, ter um método para a transmissão de dados facilita a organização da informação a transmitir e o decréscimo de informações que são esquecidas.

A promoção do respeito pela preservação da privacidade do doente e a sua autodeterminação, foi uma das atividades observadas e desenvolvidas durante ambos os contextos de estágio. Ao contrário do que seria expectável a proteção da dignidade do doente, a sua privacidade, intimidade e o seu direito de tomada de decisão relativamente aos assuntos a si respeitantes, foi sempre atendida, em todos os meios, em todas as circunstâncias possíveis, ao contrário do que foi visto em estágios anteriores, nomeadamente em serviço de urgência. A correta avaliação inicial do doente, do ambiente e da situação, permitiu-nos tomar boas decisões éticas, por exemplo, numa situação de indisposição de um adulto, do sexo masculino, na via pública, com antecedentes de risco cardiovascular, após uma situação de vómito, mas consciente, orientado, com alguma palidez facial mas que a esposa referia como sendo o seu normal, o protocolo preconiza a realização de um electrocardiograma, no entanto, atendendo a que foi uma ativação de VMER, e à proximidade dos bombeiros do local, aguardamos a chegada da ambulância contrariamente a despir o idoso na via pública e ao frio. Outro aspeto, foi o respeito pelo

corpo em situações de óbito e o respeito pela família, demonstrando sempre uma atitude profissional e disponível.

Uma das preocupações principais no atendimento ao doente crítico é assegurar uma intervenção precisa e eficiente às necessidades detetadas, nesse sentido, avaliei os focos de instabilidade e pude intervir sobre eles, aplicando os conhecimentos científicos de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Com o objetivo de minimizar o impacto negativo que a situação crítica tem sobre o doente e a sua família, antecipando todo o dano possível que possa ser evitado e planeando os cuidados de uma forma antecipada.

Atendendo a esta preocupação e á solicitação da realização e apresentação de um tema à escolha, que se enquadrasse no âmbito das funções exercidas em contexto pré-hospitalar. A escolha deste tema recaiu sob os sistemas de reconhecimento precoce da deterioração de doentes, nomeadamente na vertente pré-hospitalar. Estes sistemas, para além do que as evidências demonstram a nível de antecipação de cuidados, podem ainda servir como ferramentas de monitorização da qualidade dos cuidados especializados prestados (Akbar et al., 2016).

O reconhecimento precoce da deterioração clínica, seguido por uma ação rápida e eficaz, pode minimizar os resultados adversos e diminuir o número de intervenções necessárias para estabilizar os doentes cuja condição se deteriora (Calzavacca et al., 2010; Hoikka et al., 2018; Zografakis-Sfakianakis et al., 2018).

O instrumento escolhido foi o *National Early Warning Score*, por ser um score validado para Portugal e por ser uma ferramenta que irá ser integrada na avaliação do doente no pré-hospitalar pelo INEM. O NEWS é uma ferramenta de estratificação de risco clínico que se baseia nos *Track and Trigger Systems*, um termo universal que representa ferramentas clínicas que classificam as observações fisiológicas e medições de parâmetros, com o intuito de desencadear uma resposta de escalada terapêutica (Hodgson et al., 2018).

Com a pesquisa bibliográfica realizada, são várias as possibilidades de intervenção que podemos retirar deste instrumento. Pode ser utilizado para avaliação da qualidade de intervenção em contexto pré-hospitalar, pode refletir a necessidade de ajustar protocolos ou medidas de intervenção. É uma linguagem comum e única para definir a gravidade de doentes quer em ambiente intra-hospitalar quer extra-hospitalar. A partir desta, podem ser criados fluxogramas de intervenção, que permitiria mais autonomia ao enfermeiro de pré-hospitalar, nomeadamente ao enfermeiro de SIV, sem retirar o seu julgamento clínico ou experiência profissional. Outro benefício deste score, que considero com extremo potencial, mas que ainda carece de bastante investimento de investigação, é ser um recurso

para o encaminhamento, ou não, dos doentes e nos casos de risco elevado, admiti-los diretamente em UCI ou intermédias (Abbott et al, 2018).

A existência de uma resposta de intervenção pré-definida é um elemento chave para o sucesso e objetivo desta ferramenta e permite assegurar o tratamento pronto e atempado, devendo ser utilizado como um adjuvante na decisão clínica. O NEWS tem a capacidade de permitir o planeamento das necessidades de recursos humanos de acordo com o grau de risco de deterioração identificado e também pode ser utilizado como um potente instrumento de investigação sobre o impacto das intervenções, qualidade de cuidados e resultados clínicos da sua utilização. Mas toda a descrição deste instrumento, todas as vantagens, limitações e sugestões podem ser consultadas no trabalho realizado e que se encontra em apêndice (Apêndice I).

Os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos identificam os cuidados aos seus doentes como um processo holístico e multidimensional que envolve cuidados físicos e técnicos especializados em combinação com o cuidado emocional (Beeby, 2000; Wilkin & Slevin, 2004). O recurso, cada vez mais indispensável, da tecnologia, representa um desafio importante para se manter o foco na humanização dos cuidados (Wilkin & Slevin 2004, Almerud et al. 2008).

Recordando a minha experiência profissional, é de evidenciar o valor dado á manutenção do estado de consciência do doente, e à evolução que se tem vindo a verificar na tentativa de nos tornarmos o menos invasivos possíveis enquanto providenciamos o tratamento necessário. Para mim, esta é uma das maiores evoluções na prestação de cuidados ao doente crítico que já presenciei em tão pouco tempo e é extremamente gratificante enquanto participante neste processo.

O funcionamento do nosso corpo, essencialmente do nosso cérebro sempre foi algo que me fascinou, algo que me levantou questões e que para mim tem um carisma muito próprio. Prestar cuidados a doentes neurocríticos é uma experiência extremamente enriquecedora, tal como tive a oportunidade de o fazer anteriormente. Durante esse período, foram várias as pesquisas feitas relacionadas com a neurofisiologia, a gestão do doente neurocrítico e neuroanestesia, no entanto houve um livro que realçou entre literaturas académicas, que foi o de António Damásio, o “Livro da Consciência”, e que neste contexto faz-me sentido abordar e citar, até porque dizer por outras palavras o que foi tão bem expresso, é tirar o sentido do que faz sentido. No seu livro apresentam-se afirmações tão incríveis e tão verdadeiras como: “poucos são os constituintes do nosso ser tão espantosos, fundamentais e aparentemente misteriosos como a consciência” (Damásio,

2010, pág. 20), “na ausência de consciência, a visão pessoal suspende-se, não temos conhecimento da nossa existência e não sabemos se existe mais alguma coisa”, “olhamos para a consciência como coisa garantida porque é tão disponível, por ser tão simples de usar, tão elegante nos seus aparecimentos e desaparecimentos diários” (Damásio, 2010, pág. 21). Estas cogitações fazem-me valorizar os avanços que temos conseguido nesta área e apreciar a simplicidade.

Poucos estudos existem sobre o controle da dor em **ambiente pré hospitalar**, e a maior parte deles foca o alívio da dor já no serviço de urgência. Esta realidade comprova um *gap* da prestação de cuidados e evidencia um dos pontos de melhoria por mim considerados, a avaliação e o controle da dor. Aspetos esses que devem ser uma prioridade na prestação de cuidados no ambiente supracitado, resultando numa melhoria dos resultados clínicos tais como, a diminuição dos níveis de ansiedade e menor taxa de incidência de respostas fisiológicas adversas (Parker, 2015) atuando, do ponto de vista de enfermagem, de uma forma preventiva no aparecimento de complicações numa abordagem humanizada do cuidado.

Durante o estágio, presenciei situações em que, apesar da existência recursos para gestão da dor e da sua aplicação ser pertinente, a sua execução era nula ou incompleta. É facto que a avaliação da dor era realizada sistematicamente, através da escala numérica ou da de faces, no entanto, em diversas manifestações algicas, não eram administrados quaisquer tipos de analgésicos, noutras, não era considerado o conceito de analgesia multimodal, nem medidas não farmacológicas para o alívio da dor. A título de exemplo, num membro superior que apresentava sinais de fratura fechada como edema, deformidade, diminuição de função e dor (INEM, 2013) não foi realizada a imobilização do mesmo, foi sim realizada analgesia endovenosa com um opióide forte, mas não o suficiente para aliviar as queixas da vítima. Isto também, devido ao medo de provocar alteração do estado de consciência e impedisse a correta avaliação de uma eventual degradação do estado neurológico, atendendo a que a causa do traumatismo foi uma queda de altura desconhecida.

Uma vez mais, Parker (2015), salienta a vital importância da consciência e implementação dos protocolos analgésicos, mas menciona que uma das razões de uma analgesia inadequada prende-se com dificuldades durante a avaliação da dor ou com a sua percepção da mesma.

Outra situação, que me fez refletir foi a de, numa dermabrasão facial, após queda no alcatrão provocada por embate em veículo, sem lesões major, e com analgesia de grau 1

administrada, mas com queixas intensas da lesão da face, não foi proposto nada para alívio, até porque para tratamento de feridas o material é escasso. No entanto, fiquei a refletir sobre esta situação algum tempo, pela incapacidade aparente de proporcionar alívio a esta doente, embora tarde, lembrei-me que poderia ter utilizado a lidocaína em gel, utilizado para lubrificar as sondas, e aplicado na ferida. Tal como indica a bula da lidocaína pomada, uma das suas indicações são situações de dor provocada pela dermabrasão da pele (Pharlab).

A avaliação e a gestão da dor no contexto pré-hospitalar são aspetos que não podem ser descurados, até porque o tempo que demora o doente a ser transportado ao hospital, o tempo de admissão e triagem, o tempo que demorará a ser observado por um médico que possa prescrever analgesia até à efetiva administração de medidas analgésicas, é demasiado imprevisível, e faz parte do humanismo do cuidado proporcionar conforto ao indivíduo foco da nossa atenção (Parker & Rodgers, 2015).

Já na UCI, o controle da dor, era feito de uma forma muito metódica e sistematizada, posto em prática de uma forma preventiva, na antecipação de gestos ou práticas dolorosas. Esta conduta era transversal a toda a equipa de enfermagem e médica, demonstrando a preocupação global com os efeitos deletérios causados pelos estímulos nóxicos, mas mantendo presente a importância de uma gestão equilibrada desses protocolos analgésicos.

A dor é um fenómeno complexo, subjetivo e único para cada pessoa e, embora existam ferramentas que ajudem a quantificar e qualifica-la, não nos podemos esquecer que a sensação de dor constitui uma experiência privada e que, independentemente dos instrumentos de avaliação a que se recorra, não é passível de ser medida de forma objetiva. A avaliação da dor, quanto à localização, intensidade, qualidade, classificação e tempo, é uma prioridade na avaliação do doente (Direção Geral da Saúde, 2008).

Entrar num **serviço de cuidados intensivos** e observar que se prestam cuidados a doentes críticos mantendo o respeito pela pessoa, a autonomia e em que se minimiza os possíveis prejuízos foi algo extremamente gratificante. Dois exemplos que posso citar são: doentes em *Extracorporeal Membrane Oxigenation* (ECMO) com sedação mínima ou nenhuma que fazem levantar para o cadeirão e doentes com tubo orotraqueal que também o fazem.

A oxigenação por ECMO é usada como um suporte de vida temporário em indivíduos com insuficiência respiratória ou cardíaca, potencialmente reversível (Brown et

al., 2014) podendo ser usado como uma ponte temporária para a recuperação da função de órgãos.

Tradicionalmente, doentes com ECMO estão fortemente sedados e mecanicamente ventilados, para evitar o deslocamento inadvertido das cânulas e evitar o compromisso respiratório, o que obriga a uma ventilação mecânica invasiva. Isto provoca um aumento do risco de complicações relacionadas à imobilidade, à ventilação mecânica e à alimentação entérica (Mohite et al., 2014).

Estes são doentes de alto risco para desenvolverem úlceras de pressão pela imobilidade, má perfusão tecidual e estado de desnutrição. A imobilidade é ainda responsável por um risco acrescido de trombose venosa profunda e as suas complicações, essencialmente após a suspensão dos anticoagulantes para descanulação. A perda de massa muscular, a rigidez articular, desmineralização óssea são ainda outras consequências.

Apesar de ser uma intervenção utilizada para salvar vidas, a ventilação mecânica acarreta muitas complicações, como por exemplo, barotrauma, pneumotórax, lesão alveolar, lesão pulmonar, pneumonia associada à ventilação mecânica, diminuição do retorno venoso, insuficiência ventricular direita o que dificulta tanto o desmame como a manutenção do débito cardíaco adequando para o funcionamento da bomba de perfusão. Relativamente à nutrição entérica as complicações são associadas à colocação da sonda, diarreia, aspiração, hipoproteinémia, hiponatremia, hipocalémia, hipofosfatemia e hiperglicemia (Mohite et al., 2014; Kearns & Hernandez 2016).

O enorme desenvolvimento tecnológico no campo da ECMO tem feito com que se procure um novo elemento, manter o doente acordado durante a terapia, estratégia *Awake ECMO*, podendo ser utilizada para diminuir significativamente o risco de mortalidade. Nesta situação os doentes são encorajados a comer e beber normalmente sem necessidade de alimentação entérica, podem interagir com a família, amigos e profissionais, usar o telefone e os computadores pessoais, assistir televisão e ler livros, isso ajuda a manter o ânimo. Outro benefício importante de estar acordado é a detecção precoce de complicações iniciais, devido à diminuição da perfusão, congestão venosa, trombose venosa profunda, síndrome do intestino isquémico (Mohite et al., 2014). Neste centro de referência onde realizei estágio, essa estratégia era a adoptada.

A possibilidade de manter os doentes acordados durante ECMO e até mesmo permitir a atividade física, tem despertado um interesse crescente, porque o suporte externo da função do órgão pode coexistir com a mobilidade corporal, no entanto, nem sempre é recomendado (Thiagarajan et al., 2012). Quando a restrição física perdura, podem ser

observadas as sequelas associadas, tanto físicas como respiratórias, podendo prolongar ainda mais a hospitalização e aumentar a necessidade de cuidados médicos adicionais. Apesar de se suspender a sedação, se fosse necessário, de forma a providenciar conforto aos doentes que realizavam esta terapia, estava sempre disponível uma segunda linha de agentes farmacológicos. Estes doentes quando eram incluídos em programas de reabilitação, tinham a possibilidade de manter a sua condição muscular.

Na procura de preservarmos a consciência dos doentes, devemos também ponderar a sua exposição à condição de stress pós-traumático. Eles constituem um grupo de doentes com uma patologia grave, embora em condições muito heterogéneas, com uma previsibilidade de tempo de internamento longo, o que os coloca em risco. Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas, estão numa posição de destaque para identificar e monitorizar estes doentes e a sua saúde mental.

Apesar de ter evidenciado essencialmente esta técnica, muitos outros protocolos terapêuticos foram geridos de acordo com o estado clínico do doente e o seu plano terapêutico.

Pelo que foi descrito, foi possível adquirir as seguintes competências: promoção da proteção dos direitos humanos, tomada de decisão ética, mobilização conhecimentos provenientes da prática profissional, da formação e de pesquisas bibliográficas, identificação de focos de instabilidade, implementação de respostas de enfermagem adequadas, implementação de estratégias de comunicação eficaz, demonstração de conhecimentos sobre a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

### **3.2. Gerir o ambiente e otimizar os processos terapêuticos durante a prestação de cuidados à pessoa, e respetiva família, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

A gestão dos cuidados é uma componente importante e muito vasta da área de especialidade de médico cirúrgica, no entanto a missão desta atividade é a optimização das respostas dadas por toda a equipa de enfermagem e toda a equipa multidisciplinar em prol da segurança e qualidades das tarefas a desenvolver. Para cumprir esses objetivos é necessário competências de liderança e saber ajustar o tipo de liderança às características de cada equipa e saber gerir os recursos que temos disponíveis a cada situação.

Neste objetivo, o pretendido era essencialmente compreender a gestão dos recursos materiais e humanos e as prioridades de gestão e de que forma é que estas áreas podem

ajudar na melhoria das intervenções de enfermagem. Não esquecendo que a gestão dos cuidados e todos os seus aspetos envolventes são um dos domínios das competências de um enfermeiro especialista.

A procura ativa pela qualidade é algo inato nos profissionais de saúde e para a alcançar é necessário um equilíbrio entre a diminuição do risco para o alvo dos nossos cuidados e a gestão dos recursos disponíveis (Mezomo, 2001).

Nos processos de gestão da qualidade, são desenvolvidas um conjunto de ações que visam criar condições para que o processo de assistência decorra com qualidade e em segurança, garantindo que o modelo assistencial e o modelo de gestão, se coadunem com a prevenção ou atenuação de não conformidade, erros ou efeitos adversos (Pereira, 2005).

O sentido de responsabilidade para com a manutenção do material foi comum a todos os locais, demonstrando acima de tudo uma filosofia de trabalho que funciona, o gosto e o respeito que os profissionais têm pelos recursos disponíveis e a compreensão da sua necessidade para a missão das suas intervenções. Durante os dois períodos de estágio recolhi e analisei os dados com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, discutindo com os tutores dos respetivos estágios os dados recolhidos e as propostas realizadas.

Em **contexto pré-hospitalar**, uma das situações problema identificadas foi a prévia preparação dos sistemas de perfusão. Atualmente o que está preconizado nas unidades móveis pelas quais passei, é a preparação de um soro fisiológico de 100ml, um sistema de soros e um prolongador curto, 25cm, com torneira, que ficam guardados num saco plástico por um período máximo de 72h.

Antes de mais, é importante referir o que a Organização Mundial de Saúde define como *Injeção Segura*, ou seja, é uma injeção que não provoca dano ao receptor de cuidados, que não expõe o cuidados a riscos desnecessários e evitáveis e que não resulta em resíduos que possam ser prejudiciais a outros (Hutin et al., 2003).

Ainda Hutin e colegas (2003), refere algumas boas práticas no controle de infeção aquando de injeções, o ideal seria eliminar as injeções desnecessárias, mas quando estão indicadas e são necessárias, elas devem ser realizadas de uma forma segura. Uma das medidas de segurança é utilizar equipamento estéril, assegurando a integridade do invólucro antes da utilização, de forma a prevenir a contaminação do equipamento de injeção e da medicação a ser administrada. Ele considera ainda alguns aspetos como críticos potenciais, são eles: a esterilidade do equipamento de injeção, duração e condições

de armazenamento, manipulação do equipamento de injeção, higiene das mãos, técnica asséptica, entre outros.

Atendendo aos aspetos citados e à situação identificada, é questionável a preparação antecipada de um sistema de perfusão endovenosa. Atendendo aos recursos materiais disponíveis no serviço de aprovisionamento da instituição em causa, para a preparação do sistema de perfusão em questão, é necessário abrir dois invólucros. Um com o sistema de soro simples e o segundo um prolongador com torneira. Foi identificado como um problema por aumentar os custos associados ao material e por aumentar a produção de resíduos, para além de que estamos manipular os dispositivos médicos muito antes da sua utilização. Para além de estarmos a romper a esterilidade do sistema de armazenamento, guardamos o preparado num meio que não garante proteção contra microrganismos.

Para além do aspeto controlo de infeção, temos ainda a gestão de recursos. Atualmente os profissionais destes meios, preparam antecipadamente o sistema porque têm de juntar sistemas a prolongadores e isso consome tempo. Após fazer uma consulta de preço dos sistemas em vigor, e a comparação com sistemas já com torneira incluída a diferença de preço era cerca de vinte cêntimos por sistema preparado, sem ter em conta os gastos associados aos resíduos. O que poderia representar uma boa medida de gestão de recursos, de tempo de preparação do sistema e de risco de conspurcação do sistema, ao diminuir o número de manipulações. A minha sugestão, feita ao tutor, foi analisar a possibilidade de aquisição de sistemas completos e a preparação apenas no local. Quando discutido com os profissionais do meio não demonstraram grande preocupação ou reflexão sobre o assunto em questão, e referem usar desta forma porque é o material que é disponibilizado pelo Instituto, não questionando a possibilidade de outras opções.

Outro aspeto a salientar era a potencial utilidade de se recorrer a válvulas unidirecionais nos cateteres periféricos, quando não existe indicação para manter perfusão endovenosa, apenas necessidade de administração de terapêutica em bólus. O'Grady et al. (2011), especificamente sobre os obturadores, recomenda a escolha de componentes com válvula de divisão do septo, em vez de válvula mecânica, uma vez que os últimos aumentam o risco de infeção.

Na minha análise, existem riscos em ambas as opções assim como vantagens. Ponderando o risco de não desinfeção da válvula com o risco de exteriorização do acesso por tração durante o transporte, manipulação excessiva do sistema durante o transporte, o fato de nem sempre se ter um suporte de soros adequado para manter a torneira afastada de locais impróprios, o risco de preparar antecipadamente o sistema de soro e de se manter

num saco que não tem garantia de desinfecção, poderia ser revisto o seu potencial de implementação na carga. Ao ser abordada esta situação com os enfermeiros de SIV e de VMER, foi consensual a utilidade deste material no contexto pré-hospitalar, tanto que nos casos das VMER e de SIV integradas, recorriam ao material hospitalar para poderem adicionar à carga este dispositivo. Quando discutido este assunto com o tutor, o principal impedimento para a sua introdução foi o preço do material, no entanto, ficou a ponderação para futuras reflexões.

Outra atividade desenvolvida ao longo do estágio foi a orientação e a supervisão das tarefas delegadas, garantindo a sua segurança e qualidade, até porque em alguns casos o enfermeiro trabalha em equipa apenas com um técnico de ambulância de emergência e com bombeiros recaindo sobre ele a responsabilidade da avaliação e de decisão e a gestão da equipa. Ao longo do estágio, tive ainda a oportunidade de desempenhar funções de líder de equipa onde, para uma intervenção adequada e atempada existe a necessidade de delegar tarefas a elementos funcionalmente dependentes de nós. Atribuir funções e estabelecer prioridades de intervenção.

Considerando agora, o segundo período de estágio, **na UCI**, uma das particularidades que distingue as unidades de cuidados intensivos entre elas e entre outros serviços é o nível de cuidados que são prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis. Das técnicas aqui utilizadas inserem-se também as de monitorização, invasiva e não invasiva.

Apelando um pouco à experiência profissional até hoje adquirida, mobilizando-a para o presente contexto, é possível comparar a comum necessidade, no bloco operatório e nos cuidados intensivos, de se recorrer ao índice biespectral (BIS), como método de monitorização não invasiva do nível de consciência (Lee, et al., 2014). No entanto, e atendendo à crescente procura e recurso aos métodos não invasivos, este não é o único sensor de monitorização utilizado. Se no bloco operatório existe por vezes um “conflito” de espaço, entre a área cirúrgica e área de neuromonitorização, nos cuidados intensivos, ele também se verifica na região frontal, relativamente à posição de dois eléctrodos que vão avaliar parâmetros distintos, como foi observado no período de estágio entre o BIS e o INVOS (oximetria cerebral). Esse “conflito” reside no pouco espaço que está disponível na região frontal da face do doente, que permita a colocação de ambos os eléctrodos sem que comprometa a sua correta adesão e colocação. Foram então apresentadas verbalmente, ao tutor, alternativas que passo a expor.

O sensor de BIS é uma tira adesiva aprovada para ser aplicada na região frontotemporal, que recolhe dados electroencefalográficos e converte-os, através de um algoritmo, num índice, num número, que vai desde 100 a 0, o primeiro é compatível com um doente perfeitamente acordado e o segundo representa uma linha isoelectrica (Dahaba et al., 2010). A sua posição, como referido anteriormente, pode-se tornar problemática, essencialmente no período intraoperatório, daí terem sido investigadas posições alternativas que garantissem a mesma fiabilidade. As alternativas encontradas durante a pesquisa foram: região occipital, infra-orbital, auricular e mandibular. Alguns autores consideram que a opção mais adequada, com melhores testes e correlação, é a infra-orbital (Nelson et al., 2013 e Puente-Barbas, et al., 2018). Relativamente à posição mandibular, de uma forma geral os valores de BIS frontal e mandibular não correspondem. No entanto, para a fase de manutenção anestésica, a posição mandibular pode ser utilizada como uma alternativa (Lee et al., 2014). Quanto à posição auricular e occipital, de uma forma consensual, não são recomendadas como opção por apresentarem correlações muito baixas, podendo por isso comprometer a segurança do doente (Brown et al., 2014).

Independentemente da posição do eléctrodo, a interpretação desta monitorização não se deve basear no valor de BIS, porque se perde informação que está disponível e é útil para relacionar os resultados e porque é um recurso que representa um investimento económico importante para um serviço. Existem outras informações adquiridas durante a conversão de dados que também devem ser tidas em conta para a correta análise e intervenção, para além do conhecimento dos fatores que influenciam os valores, como artefactos, fármacos, estado hemodinâmico, temperatura.

Foi gratificante verificar não só a recetividade das alternativas propostas, como também verificar, nos dias seguintes de estágio que as sugestões feitas eram colocadas em prática, assim como, o interesse demonstrado pelos elementos da equipa em alargarem o seu leque de conhecimentos e a partilha de experiências.

Atendendo a que as atividades a desenvolver e as competências a atingir neste objetivo, são semelhantes ao objetivo, otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, a opção foi integrá-lo neste item. Mas abordá-lo mais numa perspectiva de gestão dos cuidados de enfermagem, que é um domínio comum a todos os enfermeiros especialistas.

Neste objetivo foram reforçadas as competências referidas anteriormente de implementação respostas de enfermagem apropriadas, mobilização de conhecimentos provenientes da prática profissional, da formação e de pesquisas bibliográficas e a

demonstração e transmissão de conhecimentos sobre a gestão de processos terapêuticos, para além de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para isso, foram avaliadas as necessidades do doente em situação crítica, refletidas opções terapêuticas e abordados os temas com a equipa.

Um dos aspetos que mais realçaram, foi a sobrecarga horária diária a que este grupo de trabalho está sujeito, não apenas do somatório de horas semanal, mas sobretudo o diário, existindo por vezes situações onde ocorre a duplicação de dois turnos, sem ser assegurado o descanso compensatório. Isto levanta problemas a vários níveis, nomeadamente e sucintamente, no desgaste dos profissionais e na qualidade do atendimento. A gestão dos recursos humanos não é fácil, mas é algo que deveria e valeria a pena ser trabalhado. É indiscutível a falta de enfermeiros no meio hospitalar, mas poderiam ser encontradas ferramentas que pudessem pelo menos motivar os profissionais, melhorando a distribuição do horário. Para isso, poder-se-ia inicialmente estudar quais seriam as preferências individuais, as preferências do serviço, capacidade que o serviço tem para a existência de horários fixos, a possibilidade de fazer turnos de 12h com número de horas de descanso adequada. Ao partilhar com o tutor e com os colegas, as opiniões são ainda díspares, no entanto a proposta seria a de iniciar aos fins-de-semana a aplicação deste horário, para avaliar a sua exequibilidade e adaptação dos profissionais de saúde ao mesmo.

Outro, inerente às propriedades físico-químicas do fármaco e às recomendações do fabricante, os sistemas de administração de propofol têm de ser trocados a cada 12 horas (Infarmed, 2017). A apresentação escolhida deste fármaco é o Propofol®Lipuro 2% (20mg/ml) de 50ml da B.Braun. Para a sua infusão recorrem à mesma marca e utilizam o sistema Infusomat®Space Line, acoplado do prolongador Original Perfusor®. Na informação detalhada dos produtos, determina-se como volume residual para o primeiro 23ml e de 2,6ml para o segundo, o que perfaz um total de 25,6ml. Atendendo a que se troca a cada 12 horas, e que nessa altura o sistema ainda está preenchido, então podemos assumir que com este sistema de perfusão, há um desperdício diário de 51,2ml. A proposta feita à chefia de enfermagem do serviço foi a substituição de todo este sistema pela seringa pré-preenchida de propofol, Diprivan 2%, comercializada e distribuída em Portugal, acoplado ao prolongador. O que ficou decidido foi que seria uma proposta a ser realizada na próxima reunião com a farmácia e na realização de cadernos de encargos.

Desta forma foi possível adquirir as seguintes competências: otimização dos processos de tomada de decisão, adequação dos recursos às necessidades de cuidados, gestão de práticas seguras de cuidados.

### **3.3. Dinamizar a resposta em situações de emergência.**

A **emergência pré-hospitalar** é um sistema complexo (Oliveira & Martins, 2013). O trabalho neste ambiente é um desafio e implica uma necessidade de resposta pronta e eficaz nos mais variados locais e situações. Nestes casos, são necessárias, em tempo útil, intervenções específicas que promovam a melhoria do estado de saúde da vítima. É um meio e uma organização absolutamente única de trabalhar e que implica um vasto leque de conhecimentos e uma grande aptidão de conduta.

É uma responsabilidade assumida por todos os intervenientes, o respeito pelas regras de segurança e a aplicação das medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, prestação de cuidados seguros, adopção de comportamentos seguros e o cumprimento das normas de segurança.

Em contexto de emergência, as intervenções de Enfermagem vão muito para além do tratamento da sintomatologia do doente, elas promovem a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética implícita no cuidar, valorizando a dignidade humana de quem precisa, não apenas de tratamentos, mas também de cuidados centrados no indivíduo.

A hemorragia digestiva alta, bem como a hiperglicemia grave, contrariamente ao que esperava, apresentaram uma elevada incidência, o que desencadeou a necessidade de concretizar alguma pesquisa sobre a sua patofisiologia e opções terapêuticas, para além de que as opções de tratamento disponíveis eram um pouco limitadas.

Um dos aspetos que regeram as reflexões durante o estágio foi a pouca informação disponível sobre o doente aquando da ativação. Num período onde os sistemas informáticos e a tecnologia governam o sistema de saúde, e a que a missão dos meios de emergência é agir em no melhor interesse para o doente, como é que ainda não é possível aceder ao historial clínico do doente de forma a antecipar e melhor cuidar. Quando um meio é ativado pouco ou nada se sabe sobre historial clínico do indivíduo e deparamo-nos com uma grande dificuldade em avaliar de forma segura as circunstâncias porque, em muitos casos, não temos a informação do que é um novo sintoma, sinal, manifestação, ou o que é conhecido. A falta de informação prévia, a impossibilidade de aceder aos últimos

exames médicos ou últimas consultas, não só dificulta a qualidade dos cuidados prestados, como a segurança dos profissionais e doente, assim como a tomada de decisão.

Desta forma foi possível adquirir as seguintes competências: otimização do trabalho de equipa, adequação dos recursos às necessidades de cuidados, cuidar da pessoa em situação de emergência, gestão dos cuidados em situação de emergência.

#### **3.4. Conceber planos de intervenção tendo como objetivos a adaptação aos processos de transição saúde/doença.**

A hospitalização num serviço de **cuidados intensivos** é uma experiência stressante tanto para o doente como para a sua família, ambos se encontram face a um ambiente desconhecido, um diagnóstico e prognóstico incerto e o medo tanto da morte como de sequelas que coloquem em causa a qualidade de vida (Garrouste-Orgeas et al., 2017).

Definir e compreender o que é qualidade de vida é uma tarefa árdua, por ter um carácter muito subjetivo, multidimensional e que varia de acordo com a percepção que o indivíduo tem de si, da sua posição sociocultural e da sua realização pessoal (Skevington et al., 2003). Para determinar o que é para um indivíduo qualidade de vida, teríamos de determinar primeiro o que é para ele importante. Algo que ainda é pouco abordado em contexto de cuidados intensivos.

Os doentes que sobreviveram a um internamento em cuidados intensivos, consideram que, apesar da importância das habilidades técnicas e teóricas dos enfermeiros, são precisos mais cuidados de enfermagem como o alívio da ansiedade, a boa comunicação e o fornecimento de informações. Sentir-se seguro é uma questão importante para os doentes de cuidados intensivos (Wassenaar et al., 2015). Neste sentido, a minha proposta à enfermeira chefe, atendendo aos questionários de satisfação que começaram a ser entregues às famílias, sobre o qual contribui para a sua elaboração (Apêndice III), que têm como objetivo avaliar a satisfação das famílias perante as reuniões familiares, e atendendo a que o próprio hospital tem implementado as consultas de *follow up*, após a alta da UCI. A proposta contempla recolha e tratamento de dados obtidos nesses momentos, e fazer uma avaliação mensal dos índices de satisfação, disponibilizando essa informação a toda a equipa e sensibilizando-os para os fatores contribuintes para a satisfação e qualidade dos serviços prestados.

A enfermagem centrada no doente, é um modelo clínico cujas intervenções são desenvolvidas em função do doente. Tem sido amplamente adotado na sequência de relatos

de cuidados de saúde de má qualidade e experiências degradantes de doentes e por representar um modelo de assistência que atende às expectativas dos indivíduos e dos serviços de saúde (Jakimowicz & Perry, 2015)

Após a reflexão sobre a área de intervenção do EEMC, nas unidades de cuidados intensivos, e com apoio no Regulamento de competências específicas, é passível de observar que a família e os cuidadores são parte integrante do foco de cuidados do enfermeiro especialista. Imperando, dessa forma, a necessidade de ponderar e refletir como são prestados os cuidados aos familiares dos doentes que estão internados nestes serviços e qual o contributo que os enfermeiros especialistas em médico cirúrgica podem deixar neste cuidado.

Em 2012, na sequência da dissertação de mestrado do tutor (Esteves), que acompanhou este estágio, foi realizado um estudo que tinha como objetivos, relativos a doentes idosos e à UCI, analisar a opinião dos familiares e dos profissionais de saúde relativamente à política de visitas, compreender como é que os familiares enfrentam o ambiente, se relacionam com o doente, entendem e vivenciam o internamento, qual o impacto que o internamento tem no dia-a-dia familiar, quais são as suas expectativas, entre outros. Os resultados evidenciaram que a política de visitas praticadas, nesta unidade, não vão de encontro às necessidades dos familiares. Os familiares que enfrentam esta vivência procuram preservar a relação com o doente e são obrigados a criarem uma organização diferente em função do internamento, o que interfere com as suas atividades de vida diárias. Conjectura essa que contribui para a manifestação de doença nos familiares com origem no internamento de um familiar, para além de que, os profissionais de saúde, reconhecem que não prestam um bom cuidado aos familiares.

Neste sentido, atendendo ao trabalho já realizado no local e pela reflexão sobre o cuidado que é prestado aos familiares, detetou-se não só uma oportunidade como uma necessidade de intervenção, e pela aceitação que teve junto da chefia de enfermagem, orientadora e tutor, optou-se por desenvolver um trabalho com o objetivo de produzir ajustes nas políticas de visitas e flexibilização nestes horários. Dar resposta às necessidades detetadas reduz a taxa de resultados negativos supramencionados. A minha atuação neste âmbito teve em conta o trabalho já desenvolvido pelo serviço na área da família e enquadra-se nas *Guidelines* emitidas em 2007, pelo Colégio Americano de Medicina Intensiva, que visam práticas clínicas que providenciem suporte à família.

Quando os familiares têm um ente querido internado numa UCI é-lhes instintivo o compromisso de se manterem vigilantes em relação à evolução do seu estado e à sua

necessidade de proteção. A verdade é que eles proporcionam ajuda e apoio muito importantes, mas para o poderem exercer em todo o esplendor precisam de estar presentes. Perante uma política flexível de visitas, os enfermeiros ocupam um papel importante discriminando quando é ou não deletério a presença da família (Agard & Lomborg 2010; Davidson et al., 2016).

Uma parte essencial da saúde de um indivíduo é o fator social da família e outras pessoas significativas, quando um doente é admitido em cuidados intensivos e afastado da sua família, a sua saúde é portanto posta em causa. Ao cuidar de um doente crítico temos por hábito concentrarmo-nos no próprio doente, esquecendo-nos de integrar a família, mas o doente deve ser visto dentro de um sistema integral de relacionamentos interdependentes (Hart et al., 2013). Conforme a reflexão efetuada, ao longo da prestação de cuidados na UCI, foi adotada uma filosofia *family friendly*, permitindo não só a presença da família como também inculcando, tanto nos familiares como nos profissionais de saúde, o respeito pelo papel que cada um destes intervenientes tem para a restauração da saúde.

A privação do fator social da família provoca uma taxa de sofrimento extremamente elevada, contribuindo para vários efeitos nefastos, culminando num atraso da sua recuperação, indicando portanto má qualidade dos cuidados que são prestados. É importante compreender que o doente precisa tanto dos cuidados de enfermagem como da presença da família para enaltecere a sua saúde que foi posta em causa aquando da sua admissão em cuidados intensivos (Leske, 1998). Vários são os estudos que demonstram que a experiência dos doentes em cuidados intensivos beneficia com a presença dos familiares (Al-Mutair et al., 2014; Hinkle & Fitzpatrick 2011; Obringer et al., 2012; Wong et al., 2015).

A opinião dos profissionais de saúde, relativamente a este modelo de visita, ainda é bastante díspar, facto que é transversal às várias classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. Num extremo encontram-se os mais resistentes a esta evolução, noutro, os que compreendem e reconhecem os benefícios da visita familiar para o doente crítico, como parte essencial e natural do atendimento ao doente.

Considerando as experiências de outros países, com taxas elevadas de unidades abertas, e considerando o trabalho até agora desenvolvido pelo hospital no acolhimento dos familiares, é possível e oportuna a introdução deste modelo. Esta filosofia de cuidados, promove ainda a satisfação com os cuidados prestados e reduz a ocorrência de sintomas na família.

Providenciar cuidados fundamentais, independentemente do estado clínico ou do contexto institucional, consiste em providenciar cuidados físicos, fisiológicos e relacionais que deem resposta às necessidades individuais dos doentes. Estes cuidados são essenciais para reduzir o dano, otimizar a recuperação e assegurar que o doente possa ter uma experiência positiva (Minton et al., 2018). A evidência existente sugere que as instituições devem adotar o modelo flexível ou aberto de horário de visitas, de forma a melhorar os índices de qualidade de vida do doente e da sua família.

Atendendo aos aspetos referidos foi apresentado um projeto para um estudo piloto que é apresentado no apêndice II, denominado como “**Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”**” (Apêndice II), nele, para além de definir o conceito de uma “Unidade de cuidados Intensivos de portas abertas”, através de uma metodologia descritivo-reflexiva, com recurso a pesquisas bibliográficas para fundamentação teórica, demonstra ainda quais são os seus benefícios, analisa qual o ponto de vista do doente, dos familiares e dos enfermeiros e apresenta ainda uma proposta para um estudo piloto, que se encontra no mesmo apêndice, que será alvo de análise da direção da unidade e hospitalar para possível implementação.

Os Enfermeiros, representam os elementos da equipa multidisciplinar que passam mais tempo junto do doente. Por esse motivo, e pelo facto deste projeto surgir no contexto do Mestrado de Enfermagem com especialização em Médico-Cirúrgica, serão eles o alvo de atenção neste projeto. Assim sendo, nesse grupo, os motivos, da resistência evidenciados em estudos são variáveis e relacionam-se essencialmente com: conhecimentos desatualizados sobre a influência que o horário e a presença da família tem para a recuperação do doente, pelo receio das solicitações familiares e pela necessidade de personalizar o atendimento.

Desta forma, das competências desenvolvidas evidenciam-se a promoção da proteção dos direitos humanos, a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

### **3.5. Maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**

É do conhecimento de todos os profissionais de saúde que as infeções associadas aos cuidados de saúde implicam o aumento da hospitalização dos doentes, o risco de dano e o aumento da mortalidade, para além de que são um peso económico em qualquer sociedade. Mas a limpeza das superfícies, entre outras estratégias, pode reduzir a transmissão de agentes patogénicos em contextos de saúde.

Os elementos dos serviços de **emergência pré-hospitalar** são um grupo de risco importante tanto para a transmissão de doenças como para serem infetados. São inúmeros, os aspetos que desafiam o controle de infeção e a sua prevenção no meio pré-hospitalar. As infeções associadas aos cuidados de saúde não são, nem um problema novo, nem um problema recente, mas assumem especial importância em doentes vulneráveis, tais com os doentes críticos.

Para além de que as ambulâncias transportam vários doentes ao longo do dia, a informação relativa ao risco de transmissão de agentes infecciosos de cada doente é nula ou escassa. Para além disso, a disseminação dos micróbios por todo o ambiente da ambulância, fardas e mãos está provado (Valdez et al., 2015). Os problemas que se levantam com qualquer implementação de estratégia para minorar a disseminação de agentes, é a falta de avaliação que é feita no momento da intervenção e a longo prazo, durante hospitalização, de forma a cruzar dados e mudar práticas.

Aquando uma ativação dos meios de emergência pré hospitalar, a informação sobre o doente é limitada, o que engloba também a informação sobre eventuais patologias infecto-contagiosas. Este grupo de profissionais estão frequentemente em contacto com populações de alto risco, não só pelo contacto com doentes que se encontram em instituições de saúde à muito tempo mas também porque existem circunstâncias onde a ação tem de ser rápida num ambiente que não é controlado. Este aspetos podem levar a um comprometimento da segurança tanto do profissional de saúde como do próprio doente (Valdez et al., 2015).

Estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que 4,6% dos profissionais de emergência médica encontram-se colonizados com MRSA, uma taxa bastante superior à da população em geral (Kuehnert et al., 2006; Mainous et al., 2006; Roberts et al., 2011; Stevenson, 2010). Robert et al., através da análise de zaragatoas nasais, confirmou a relação genética entre os achados nasais com os das superfícies, sugerindo a transmissão de microrganismos entre as superfícies e os profissionais. O risco de exposição não é limitado ao MRSA mas também a outros agentes infecciosos (Valdez et al., 2015).

No estudo observacional de Valdez, com o objetivo de demonstrar a propagação microbiana potencial durante as atividades de emergência pré-hospitalar e desenvolver estratégias de controle de infecção, demonstrou o risco efetivo de contaminação cruzada dos veículos de emergência, e da sua carga, durante as suas ativações. Salientou ainda a importância do manuseamento com luvas, sempre que se entra-se em contacto com o material, seja em ativações ou não. Salienta que devem ser implementados esforços para desenvolver e avaliar as práticas atuais de controle de infecção e determinar quais são as mais efetivas neste tipo de ambientes, promovendo a redução do risco potencial à saúde e segurança da equipa de emergência e dos doentes.

Já em 2006, Kramer et al., determinou que os agentes patogénicos nosocomiais podem sobreviver nas superfícies durante longos períodos de tempo. A título de exemplo, espécies de esporos de *Clostridium difficile*, *Vancomycin Resistent Enterococcus*, MRSA e *Acinetobacter* podem sobreviver por 4 a 5 meses ou mais em superfícies secas.

Um dos problemas mais evidentes da contaminação dos meios de socorro, é a baixa taxa de adesão às práticas recomendadas de limpeza (Valdez et al., 2015). A proposta foi a revisão da frequência de desinfecção dos meios e materiais de emergência, agentes de desinfecção, fazer uma traçabilidade dos doentes transportados e do seu histórico infeto contagioso, sensibilizar os profissionais para este risco ocupacional e para a importância dos equipamentos de proteção individual assim como da desinfecção do material, mas também pelos riscos que podemos induzir aos doentes. A identificação de doentes, que representem risco de transmissão de agentes infecciosos, juntamente com um protocolo de atuação em caso de ter sido detetado esse risco é uma medida importante a implementar. Assim como, a realização de rastreios periódicos, de avaliação da carga microbiana em locais específicos da ambulância, a alteração dos protocolos de desinfecção da ambulância, dos equipamentos e dos sacos, incluindo a periodicidade com que é realizada, recolha de informações que avaliem a taxa de adesão aos protocolos de higienização e desinfecção dos meios.

Este objetivo enquadra-se no domínio da melhoria da qualidade, intervindo na prevenção de complicações e na organização dos cuidados especializados. Para alcançar o objetivo citado foram desenvolvidas algumas atividades como a demonstração de conhecimentos sobre as normas de prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos e diagnosticar as necessidades do serviço.

A primeira oportunidade de melhoria identificada foi a falta de uniformização relativamente à preparação da pele e a sua desinfecção. Apesar de serem disponibilizados os

toalhetes individuais alcoolizados, existem ainda meios que dispõem de um frasco preenchido com compressas ou algodão pré-embecidos em álcool, quando esta prática não garante controle de infeção. A proposta aqui foi a sensibilização dos profissionais para a importância das precauções básicas de higiene assim como da preparação da pele para a introdução dispositivos médicos.

Verifiquei ainda a pouca uniformização relacionada com a colocação de luvas de proteção, quando se manipula o saco de abordagem à vítima, ainda que apenas para verificação de material, não garantindo a segurança dos profissionais, uma vez mais, sensibilizei os profissionais dos riscos infecciosos que corriam ao adoptar este comportamento de risco.

As precauções básicas de controle de infeção estão na base da segurança do doente e dos profissionais de saúde, de tal forma tem de ser abordadas e implementadas com respeito. Representam recomendações de boas práticas a serem adoptadas por todos os profissionais de saúde e a todos os doentes. Estas são compostas por dez itens, desses, os que mais se evidenciaram, de uma forma positiva, na sua aplicação no **serviço de cuidados intensivos** foram: a higienização das mãos, a utilização dos equipamentos de proteção individual, manuseamento seguro da roupa, práticas seguras na administração de injetáveis (Direção Geral de Saúde, 2012).

Efetivamente, a higienização das mãos foi um dos itens que mais sobressaiu pela transversalidade profissional que a respeitava, e as soluções antissépticas de base alcoólica estavam colocadas em locais de passagem, facilitando a sua utilização. O ponto de melhoria aqui seria a higienização das mãos antes de procedimentos assépticos, nomeadamente a realização de pensos de materiais invasivos.

Foi possível também observar a diversidade de equipamentos de proteção individual e em *stocks* compatíveis com a sua rotatividade. Por uma questão de facilidade ergonómica e gestão de tempo, muitas vezes se observou o uso de luvas limpas duplas para cuidados de higiene, ainda que na norma se contemple o seu uso nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos, essencialmente em contexto cirúrgico.

Apesar de disponíveis, os aventais raramente eram utilizados, a equipa, por uma questão de hábito, optava por recorrer a batas de manga comprida impermeáveis e descartáveis, material que ainda não conhecia e que considerarei bastante útil e integrado para a realidade de trabalho.

Quanto à proteção ocular, apesar de disponível, apenas pude observar a sua utilização por parte de um elemento da equipa de enfermagem, e por uma má experiência

prévia, algo que deveria servir de exemplo para os restantes colegas. Sobre os outros equipamentos, não houve nada que sobressaísse ou que se desviasse da norma.

Toda a roupa limpa era armazenada em armários fechados, e toda a roupa suja era não só depositada imediatamente no contentor apropriado e colocados posteriormente, ao seu devido encerramento, no correto local e devidamente previsto para o efeito.

Ainda para dar resposta a este objetivo, foi abordado e discutido com alguns elementos da equipa e chefia os feixes de intervenção de prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central e prevenção de pneumonia associada à intubação. Aspetos que serão ainda abordados mas que já foram analisados e discutidos em equipa.

As intervenções relacionadas com a prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical, que estavam a comprometer o sucesso da *bundle* eram a avaliação sistemática de evitar e de manter o cateterismo e, a sua devida documentação no processo clínico, e ainda manter o saco coletor com um volume inferior a dois terços da sua capacidade. Abordando agora a prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central e a descontaminação das conexões, a Norma nº022/2015 da DGS, considera a descontaminação por fricção durante um período de tempo de 10 a 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo, na verdade o que se observou foi o efetivo cuidado com a desinfecção das conexões mas não por fricção nem se deixava secar, ficando alguma quantidade de desinfetante no lúmen interno das conexões correndo o risco que alguma administração endovenosa. Outra situação que a mesma norma considera é a troca de penso sete dias após a sua realização se penso transparente e na verdade a frequência era de 48h, podendo aqui evitar não só a manipulação, como também os gastos associados à realização do mesmo, algo que foi salientado perante o tutor para análise com a chefia e posterior retificação de práticas.

Por último, sobre a prevenção de pneumonia associada à intubação, todos os feixes eram cumpridos de uma forma incrível, e era uma implementação comum a toda a equipa de enfermagem. No entanto, foram apresentados alguns artigos que corroboram a não recomendação de instilação de solução salina intratraqueal com o intuito de mobilizar secreções, propondo a ponderação da aquisição de um aparelho humidificador e aquecedor que ajudaria a fluidificar as secreções. Esta possibilidade e sustentação teórica foi apresentada à Enfermeira Chefe que iria, por sua vez, discutir com o corpo clínico a possibilidade de implementar estas medidas.

As atividades aqui desenvolvidas foram então: a demonstração de conhecimentos sobre as normas de prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos relativamente ao doente crítico em cuidados intensivos, o diagnóstico das necessidades de serviço e o estabelecimento de estratégias a implementar nos respetivos serviços. Adquirindo desta forma a competência de suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

Desta forma, das competências desenvolvidas evidenciam-se: suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; promoção de um ambiente físico gerador de segurança e proteção dos indivíduos, gestão do risco nas unidades funcionais, planeamento de programas de melhoria.

### **3.6. Promover os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em pessoa em situação crítica**

A segurança dos doentes é uma prioridade para várias agências governamentais considerando as consequências prejudiciais e financeiras associadas aos erros de medicação e eventos adversos relacionados com a medicação (Kane-Gill, et al., 2017). Aumentar a segurança na utilização da medicação é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para 2015-2010. Este inscreve-se numa política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde (c), 2015).

O processo de gestão da medicação organiza-se em diferentes etapas, elas englobam: a seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização (Direção Geral de Saúde, 2016). Pela sua complexidade, não é surpreendente que os erros relacionados com o medicamento ainda constituem grande parte das análises realizadas aos problemas relacionados com os danos iatrogénicos dos cuidados de saúde. Para além disso, a própria administração de um determinado medicamento envolve muitos passos, um deles é a identificação, rotulagem ou etiquetagem, e representa um elemento chave na segurança do medicamento (Merry et al., 2011).

Pela complexidade do processo que envolve o medicamento, é compreensível que possam acontecer erros, no entanto os esforços têm-se concentrado na compreensão do processo cognitivo envolvido na génese do erro, no sentido de serem identificadas áreas

de melhoria e criadas contra medidas para serem efetivas na sua redução (Kane-Gill & Weber, 2006; Merry et al., 2011).

Existe uma quantidade considerável de artigos que referem que práticas fracas de identificação de medicamentos podem resultar em dano para o doente. Generalizando, tudo o que contém fármacos deve ser identificado corretamente, para além disso, todas as linhas e catéteres devem estar devidamente identificadas (Merry et al., 2011). A evidência demonstra ainda, que os medicamentos em seringa bem rotuladas são mais propensos a terem sido preparados corretamente do que aqueles em seringas mal rotuladas (Wheeler et al., 2008). Os eventos adversos relacionados com a medicação e erros de medicação estão associados a efeitos nefastos para os doentes e um aumento da estadia no hospital, incorrendo com um fardo económico importante para o sistema de saúde.

Uma cultura de segurança ideal para os doentes no contexto de cuidados intensivos deve incorporar múltiplas estratégias para prevenir este tipo de erros e devem ser aplicadas em todas as fases do processo do medicamento. Apesar do foco em melhorar a segurança com o uso do medicamento em contexto de cuidados agudos, as recomendações para práticas seguras relacionadas com o medicamento não são específicas para o ambiente de cuidados intensivos (Kane-Gill et al., 2017).

O ambiente de **cuidados intensivos** é um ambiente complexo e com alta acuidade e que requer cuidados competentes e especializados. Aqui, o risco de erro medicamentoso e de efeitos adversos é multifactorial e inclui a acessibilidade e necessidade de uma polifarmácia com uma quantidade substancial de medicação endovenosa e simultaneamente, doentes complexos e em estado crítico, com disfunção orgânica capaz de alterar a farmacocinéticas dos fármacos. Nestes locais, o risco de dano associado a estes eventos é 2 a 3 vezes superior quando comparado a outros doentes comorbilidades tornam-se menos resilientes a erros. Em virtude de serem doentes mais graves, mais idosos e com mais (Kane-Gill, et al., 2017; Kruer et al., 2014). A segurança do medicamento neste contexto também é posta em causa pelo risco associado ao uso de múltiplas medicações, o uso frequente de medicamentos de alto risco, comunicação deficiente, ordens complexas e interrupções repetidas, estando estes fatores relacionados com potenciais efeitos adversos severos (Kruer et al., 2014; Summa-Sorgini et al., 2012).

As unidades de cuidados intensivos representam um desafio peculiar no que concerne aos erros de medicação. É um ambiente dinâmico que requer uma adaptação rápida e cujas características predispõem o erro. Pela necessidade que apresentam de mais fármacos, podem estar também mais expostos ao risco de dano iatrogénicos.

Na unidade, onde estagiei, existem muitos frascos de medicação, ampolas, bolsas e embalagens de administração endovenosa que são semelhantes, o que desencadeia percepções que podem ser erradas provocando erros no processo do uso do medicamento, por terem aspetos e rótulos semelhantes, a minha conduta passou por sensibilizar os colegas para esse risco e refletir juntamente com o tutor a possibilidade da farmácia disponibilizar os diferentes produtos com apresentações diferentes.

A rotulagem inclui as bulas, o resumo das características do medicamento, embalagem do produto e materiais de marketing e a sua semelhanças entre produtos pode-se tornar problemática e contribuir para sérios erros de medicação (Kruer et al., 2014). A correta identificação do conteúdo dos recipientes de administração de fármacos, assim como a correta identificação do doente a que se destinam, pode reduzir o risco de erros e danos. A rotulagem padronizada é um dos muitos processos que contribuem para a administração segura de medicamentos injetáveis. Outros processos que podem ser considerados para melhorar a segurança incluem o uso de códigos de barras, códigos QR, codificação por cores e o desenvolvimento de dispositivos não Luer de conexão segura para injeção intratecal, epidural e regional (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*).

Estudos de simulação mostraram que o recurso a um sistema padrão de rotulagem de frascos, seringas e de bombas perfusoras e o uso de rótulos com código de cores são estratégias que podem melhorar significativamente a correta identificação dos medicamentos (Cho et al., 2013; Porat et al., 2009). Uma das propostas feitas ao tutor foi então a padronização e codificação por cores dos rótulos dos medicamentos, recorrendo à norma internacional de rotulagem anestésica, ISO 26825, que fornece orientações sobre a implementação de um sistema de rotulagem padronizado, e abrange características como a cor, tamanho, design e propriedades gerais do rótulo e as características tipográficas do texto para o nome do medicamento. O objetivo do padrão é reduzir os erros relacionados à administração de medicamentos injetáveis na prática anestésica.

Atendendo a que já está implementada o sistema de gestão automatizada de medicação a outra proposta seria a de integrar neste sistema o dispositivo médico que melhora a segurança e a precisão da gestão de medicação e a conformidade com a rotulagem no local onde os medicamentos são preparados. Ele recorre à tecnologia de código de barras para ler as informações do frasco do medicamento e identifica-as eletronicamente com o banco de dados de medicamentos aprovados pela instituição,

para reduzir erros de medicação e criar padronização. Desta forma permite a impressão de etiquetas coloridas e em conformidade com a ISO 26825, com as normas da *Joint Commission* relativas à segurança do doente nomeadamente a 03.04.01, referente à rotulagem dos medicamentos, recipiente e outras soluções e de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas.

Todos os erros de medicação são sérios, mas os que estão associados à via endovenosa são os que frequentemente resultam nos desfechos mais graves e em cuidados intensivos recorre-se muito a esta via de administração de fármacos por terem um tempo de ação curto, o que torna esta via especialmente importante para doentes críticos. Essas mesmas características também os deixam vulneráveis a eventuais danos causados por erros de medicação (Kruer et al., 2014; Summa-Sorgini et al., 2012).

Outra via escolhida, neste caso para o tratamento da dor e integrada na sua abordagem multimodal, é a via epidural. A sua adoção deve ser acompanhada de medidas e políticas de treino e manuseamento pelos profissionais de saúde, de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas. A utilização e administração dos anestésicos locais deve ser feita com cautela, mesmo quando a sua administração é feita no local desejado, porque um dos seus efeitos secundários é a vasodilatação sistémica e a hipotensão, o que pode ser problemático na população das unidades em questão (*American Society of Anesthesiologists*, 2012).

Para além disso pode ocorrer a administração sistémica inadvertida dos anestésicos locais, cursando com cardiotoxicidade e neurotoxicidade, com repercussões clínicas que podem ir desde alterações da consciência, conclusões, arritmias e até mesmo paragem cardiocirculatória (Grissinger, 2012). Quando questionados, de uma forma informal, alguns enfermeiros do serviço, se sabiam o que era a toxicidade provocada pelos anestésicos locais, como era causada, quais eram as suas consequências, e qual o tratamento, apenas um se lembrava vagamente que havia um fármaco utilizado especificamente para essas situações, a emulsão lipídica para perfusão, não estando, neste momento, disponível no *stock* de farmácia do serviço, nem a existência de um protocolo de atuação e tratamento para estas situações, que embora raras, e embora não tenha havido nenhum caso neste serviço, é um risco. Procurei saber o motivo pelo qual esse fármaco já não se encontra disponível no serviço, tendo sido referido pelo mesmo enfermeiro, que foi uma questão de gestão de recursos, atendendo a que é um fármaco caro e que a sua administração é extremamente raro no contexto do serviço em questão, sendo que, perante a necessidade de utilização, a farmácia disponibilizaria com urgência o mesmo.

Existe uma semelhança muito grande nos sistemas de administração entre os fármacos de administração endovenosa e os anestésicos locais, e nas bombas de infusão. O que pode se tornar um fator de risco, assim sendo, devem ser tomadas medidas de segurança para prevenir tais erros. Os frascos ou seringas, devem ser rotulados claramente com informações sobre a via de administração se forem diferentes de IV (por exemplo, palavras como “uso epidural apenas”) e recorrer-se a outros sistemas de alerta como sistemas de cores diferentes ou o recurso a bombas diferentes para medicação epidural, para além das verificações duplas que se preconizam.

A *Joint Commission* (2006 e atualizado a 2014) e a OMS (2007), entre outras organizações, emitiram alguns alertas e algumas recomendações sobre a administração de medicamentos por vias incorretas, e têm vindo a desenvolver mecanismos que possam ajudar a distinguir as vias endovenosa, intratecal e entérica e evitar que as linhas destinadas a duas rotas diferentes sejam conectadas, para além disso, a correta e específica rotulagem das vias e acessos também é recomendada para evitar erros, assim como o uso de diferentes bombas de infusão dedicadas.

O *Institute for Healthcare Improvements*, define que medicamentos de alerta máximo são aqueles que têm maior probabilidade de causar dano significativo ao doente, mesmo quando utilizados conforme o pretendido, salvaguardando que os erros com estes medicamentos podem não ser mais frequentes, mas quando eles acontecem, o impacto no doente é mais significativo.

De acordo com a norma nº014/2015 da DGS, os anestésicos locais, denominados no documento como “Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal”, são considerados como medicamentos de alerta máximo, reconhecendo-os portanto como medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente, assim sendo devem ser desenvolvidas atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que advenham do uso desta medicação.

Em 2007, a *Joint Commission*, emitiu a declaração de um problema e o seu impacto, problema esse que estaria relacionado com as incorretas conexões de cateteres e linhas de perfusão, devido á universalidade de conexão das linhas de perfusão, por exemplo os conectores tipo “*luer-lock*”, independentemente da via de administração, permitindo a administração inadvertida de fármacos pela via incorreta, contribuindo para dano ou até mesmo morte do doente.

Um dos fatores que podem contribuir para estes erros é o uso rotineiro de tubos ou cateteres para fins não intencionais, o que inclui o uso de sistemas e prolongadores

endovenosos para epidurais, irrigação, drenos e linhas centrais ou para estender os tubos de alimentação entéricos, a transferência do doente entre serviços e a fadiga dos profissionais de saúde. Uma das ações que sugerem é a exigência da identificação de cateteres de alto risco, como são os arteriais, epidurais e intratecais. Neste sentido, a proposta para minimizar o erro, seria o recurso a linhas de perfusão opacas ou linhas de perfusão específicas para máquina perfusora dedicada exclusivamente a analgesia epidural. Facilitando a identificação do sistema dedicado à via epidural.

Desta forma, das competências desenvolvidas evidenciam-se: desempenha um papel dinamizador dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, identifica possibilidades de melhoria, aprecia a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### **3.7. Promover a reflexão relativamente à responsabilidade ética e social da necessidade de existirem dotações seguras face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem na pessoa em situação crítica.**

Desde que a Ordem dos Enfermeiros foi constituída que um dos seus focos de atenção é a dotação de enfermeiros. Em 2006, também o *International Council of Nurses* iniciou o movimento “Dotações Seguras, salvam vidas”, com a missão de despertar a necessidade serem criadas as condições que assegurem um ambiente favorável ao exercício profissional, com os requisitos necessários para a existência de práticas profissionais de excelência.

É amplamente fundamentado que, para o desenvolvimento e sustentabilidade do Sistema de Saúde Português, é imprescindível implementar um modelo que promova a manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, aspetos fundamentais para a prestação de cuidados, tanto para o alvo dos mesmos como para a organização de saúde que os presta, consagrando o fortalecimento dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, as instituições e entidades que regulam a profissão devem recorrer a metodologias e critérios que permitam adequar não só a quantidade de recursos humanos para as necessidades de cuidados, como, principalmente, dotar também o nível de qualificação e competências dos enfermeiros, salvaguardando a sustentação teórica, obtida em diversos estudos internacionais, de que as intervenções de enfermagem são essenciais para a obtenção de ganhos em saúde e qua a dotação de enfermeiros se relaciona intimamente

com a qualidade dos serviços prestados e com a segurança do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Em 1995, a Federação Americana de Professores afirmou que “dotações seguras significam que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, pág. 9).

A especialização em enfermagem, para além de uma necessidade para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade em ambientes complexos, revela-se então como uma tendência internacional. Sendo que, a diferenciação do ambiente de trabalho deve impor a especialização dos profissionais que nele trabalham, assim como, a proporção em que devem existir. Quanto mais específicos e diferenciados são os serviços, ou quanto maior for a necessidade de cuidados diferenciados, maior é a necessidade de se escalar para o recurso a profissionais com conhecimentos especializados.

A determinação dos recursos humanos, em ambientes complexos, não se pode coadunar com o mero cálculo das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem e a sua tradução em horas de cuidados por doente e por dia. Ela deve também considerar as competências profissionais, a estrutura da instituição, a formação e a investigação que se pretende realizar (Ordem dos Enfermeiros, 2014). As dotações devem incluir variáveis para além da quantidade, para se conseguirem prestar cuidados seguros, variáveis essas que devem incluir a carga laboral, o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, caracterização da equipa de saúde, análise de custos e relação entre os resultados dos doentes e de enfermagem (International Council of Nurses, 2006).

Pelo que é imposto pela regulamentação das especialidades, o enfermeiro especialista investiu num domínio de conhecimento sobre o qual adquiriu competências, conhecimentos e ferramentas que lhe permitem providenciar cuidados especializados. Em grande parte das situações, no caso da especialidade de enfermagem médico cirúrgica, não lhe são atribuídas funções exclusivas, subaproveitando portanto os recursos que estão disponíveis e podendo comprometer a qualidade do cuidado que é prestado.

Um passo importante para esta especialidade seria promover e expandir o papel do enfermeiro, sobretudo no contexto de doente crítico, rentabilizando as suas competências, altamente diferenciadas, aproveitando essa mais valia para o sistema nacional de saúde potenciando ganhos em saúde (Lopes, et al., 2018). Essa expansão do papel pode ser

analisada por vários prismas como por exemplo, a nível da supervisão de cuidados e dos pares, na capacidade de prevenir as crises, na partilhas e reflexões fruto e alicerçado num conhecimento científico, na disseminação e promoção do conhecimento em enfermagem, na gestão dos cuidados ao doente e família, zelar pela qualidade dos cuidados, na partilha de saberes e técnicas com outras profissões, entre outros.

Em 2005, Lankshear, Sheldon e Maynard, após a análise de 22 estudos, corroboraram que tanto as dotações adequadas de enfermeiros como o ajuste das suas competências, estão associados a melhores indicadores de resultado.

As diretrizes internacionais evidenciam que, a prestação de cuidados ao doente crítico implica a aquisição de competências diferentes das que são obtidas para exercer a prestação de cuidados gerais. Recomendam ainda que, em função da complexidade e a acuidade do doente, devem ser determinado o nível de competências exigidas, determinando assim a especificidade do enfermeiro que presta os cuidados (Jakimowicz & Perry, 2015)

Outras características que distinguem o enfermeiro especialista englobam a necessidade de tomada de decisão e que as estratégias para o fazer, estejam altamente desenvolvidas para antecipar e prevenir complicações (Abbey et al., 2012; Aitken, 2003).

Os serviços de medicina intensiva dedicam-se à prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias, num contexto de patologias complexas, em estado agudo ou em agudização de uma patologia crónica, que ameaçam o prognóstico vital. As unidades de cuidados intensivos requerem meios de diagnóstico, tratamento e monitorização específicas e devidamente previstas, assim como uma organização específica com profissionais devidamente treinados.

Aos enfermeiros que exercem funções em cuidados intensivos são-lhes apresentados desafios imprevisíveis, com a imperatividade de uma intervenção rápida e eficaz, neste serviço de saúde o estado clínico dos doentes pode mudar rapidamente e exigir uma intervenção qualificada e imediata. Desta forma, e com o que já foi dito anteriormente, é perceptível que os conhecimentos adquiridos durante a licenciatura não são suficientemente capazes de dar a resposta necessária. Muito do que se consegue evoluir, sem o investimento e uma formação avançada, advém de muito esforço e dedicação pessoal pós-laboral. Os profissionais que aqui desempenham as suas funções devem mobilizar conhecimentos e adquirir comportamentos e competências, adaptados às situações o que implica uma formação complementar que lhes permita prestar cuidados, a doente e à família, neste contexto particularmente difícil.

Para a organização dos recursos humanos nestas unidades, estão previstos médicos com formação específica para dar resposta às necessidades dos doentes. Em enfermagem, para as mesmas unidades, não se prevê a obrigatoriedade de formação específica. Existe apenas um período de integração no serviço, variável de acordo com a instituições. No Despacho nº 10319/2014, relativo ao Sistema Integrado de Emergência Médica e o nível de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece-se padrões mínimos relativos aos recursos humanos e a sua formação, atribuindo ainda a responsabilidade à Administração Hospitalar a definição da formação das suas equipas, mas prevendo formações obrigatórias para cada grupo profissional e área de atuação, ainda no mesmo Despacho, no seu artigo 21º alínea 3, prevê que pelo menos 50% dos enfermeiros devem ter competências do EEMC, pessoa em situação crítica (Diário da República, 2014). Justificam esta dotação com os mesmos argumentos que foram referidos anteriormente, para o contexto de cuidados intensivos, o que deveria significar que 50 % dos enfermeiros que integram um serviço de cuidados intensivos deveriam também ter formação obrigatória nas mesmas áreas.

As responsabilidades e funções específicas dos enfermeiros em cuidados intensivos diferem um pouco em todo o mundo, mas o que têm em comum é a imperatividade de uma observação, monitorização e apoio frequente. Aqui cuidam-se dos doentes mais graves do hospital, para o fazer somos confrontados com a necessidade de tomada de decisões avançadas, resolução de problemas e implementação de estratégias de comunicação. Os modelos de cuidado e as condições de trabalho, exigem profissionais de saúde experientes, habilidades de enfermagem especializadas, conhecimento, cuidado, compaixão, equipamento tecnológico e apoio. Os enfermeiros têm um papel multidimensional, proporcionando aos doentes, um cuidado profissional e compassivo, em que o exercício de seus conhecimentos e habilidades, beneficia não apenas os doentes, mas também os enfermeiros, em termos de satisfação laboral (Jakimowicz et al., 2017).

No serviço onde estagiei o quadro de enfermagem era composto por 56 enfermeiros, dos quais apenas oito são detentores de formação reconhecida pela OE, em doente crítico, quer através da obtenção da especialidade ou de mestrado.

Algo que também me chamou a atenção foi o facto dos enfermeiros especialistas em reabilitação do serviço terem atribuídos diagnósticos e intervenções de enfermagem e usufruírem delas para demonstrar e documentar o seu trabalho. Algo que os da especialidade médico-cirúrgica, após termos dialogado e discutido em conjunto, não se mostraram receptivos, ou interessados em dirigir os seus esforços nesse sentido.

No entanto, a chefe do serviço, reconhece e valoriza a importância da presença destes elementos na constituição da sua equipa e incentiva a emancipação dos enfermeiros especialistas em cuidados intensivos. Estimulando-os a desenvolverem projetos na sua área de especialização, mantendo sempre uma escuta ativa nas propostas que lhe são apresentadas. Ainda, e na medida do possível, dada a escassez de especialistas na área referida, tenta sempre colocar esses elementos como responsáveis de turno, de equipa e com a responsabilidade de integrar de novos elementos no serviço.

Nesta instituição, foi notória a iniciativa de serem organizadas áreas de intervenção do EEMC, sob forma de propostas que já foram realizadas à Direção de Enfermagem. Uma das áreas atribuídas a esta especialidade é a família, desde o acolhimento, acompanhamento e à alta. Relativamente às atividades desenvolvidas nesta área, já foram abordadas anteriormente neste documento.

Outras áreas de intervenção que são pertinentes nesta área e onde se deveria investir são: tratamento de feridas complexas, gestão da ventilação mecânica, gestão da monitorização diferenciada, gestão de processos terapêuticos individuais, auditorias internas regulares assim como a delimitação e regulamentação de atos exclusivos dos EEMC.

Aqui as atividades desenvolvidas foram a procura de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/ problemas potenciais identificados, atingindo as competências de optimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade.

#### **4. Conclusão**

O doente crítico é um indivíduo que, pela sua complexidade patológica, necessita, entre outros, de cuidados de Enfermagem com um elevado nível de conhecimento, que permitam a obtenção dos resultados desejados e que previnam os indesejados.

Os EEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, representam a categoria profissional melhor posicionada para dar resposta às necessidades deste grupo de doentes, ao mobilizar os seus conhecimentos e competências, para o desenvolvimento de um plano de intervenção especializado e individualizado, numa missão geral de promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

Melhorar a qualidade assistencial ao doente crítico é altamente desejável e é uma área sobre a qual as instituições de saúde têm vindo a desenvolver seu interesse. A promoção da qualidade é um ciclo contínuo de identificação sistemática de oportunidades de melhoria, planeando e implementando as mudanças que se consideram relevantes e benéficas, coordenadas por sistemas de monitorização da qualidade. Mudanças essas que têm de acompanhar o ritmo da evolução do conhecimento científico e de inovação tecnológica.

A segurança do doente é um dos atributos da qualidade em saúde e reputada pela redução dos riscos de dano desnecessários para valores mínimos aceitáveis. É incontestável a dificuldade em providenciar cuidados efetivos quando a segurança está comprometida, tanto que atualmente é impossível dissociar um conceito do outro.

O respeito pela vulnerabilidade inerente à situação crítica, e desenvolver atividades para a melhoria dos cuidados prestados e para a gestão adequada dos recursos foi, a linha de pensamento de todo este ciclo académico e o que motivou o investimento pessoal, profissional e financeiro realizado.

O período de estágio foi uma fase muito interessante e enriquecedora. Aqui foi possível acoplar a experiência profissional e conhecimentos até agora obtidos, com os saberes adquiridos durante a componente teórica do curso, pondo-os em prática em contextos de trabalho diferentes, num período de tempo, o que constituiu uma limitação por mim sentida. Esta posição permitiu uma análise completamente diferente das situações vivenciadas, promovendo a procura de conhecimentos baseados na evidência para sustentar as reflexões e propostas realizadas.

Tudo é passível de ser melhorado! Para mim esta é a minha motivação e foi o ganho mais importante que atribuo a este período. Sabermos que podemos melhorar diariamente e que podemos contribuir para que os outros o façam é das atividades mais importantes do Enfermeiro Especialista, e é abrange todas as competências que são esperadas destes elementos.

Na nossa prática profissional, estamos sujeitos a enormes mudanças que acompanham a evolução tecnológica e as novas descobertas científicas. Mudanças essas, que providenciam o suporte necessário para a prestação de cuidados complexos.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como sendo detentor de um conjunto de competências, comuns e específicas, pré-definidas.

O processo de aquisição dessas competências, que definem perante a sociedade os padrões de qualidade esperados, é um processo longo, moroso, com caminho com altos e baixos, conquistas e derrotas, é acima de tudo um percurso de auto-conhecimento. Para além, do conhecimento científico que se obter ao procurar respostas aos problemas profissionais que se levantam durante a nossa prática clínica.

A atuação em ambiente pré-hospitalar sempre foi uma curiosidade, algo que gostaria de experienciar, pelo desafio e pela exigência que representa. Neste tipo de ambiente, com várias e nenhuma características em simultâneo, desenvolvi e aperfeiçoei competências técnicas, científicas e humanas. Competências essenciais para a condução das ações de uma forma sustentada, incidindo as decisões em fundamentos científicos e nos protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre como objetivo a melhoria dos cuidados de assistência na prestação do socorro.

Quanto aos cuidados intensivos, já sabia o que poderia encontrar e ir buscar para a aquisição de competências. Pessoalmente é um local de prestação de cuidados extremamente gratificante, tanto por ser um local onde diariamente os nossos conhecimentos são postos à prova e onde a curva de aprendizagem é exponencial, como

por ser um local onde há muito para fazer, muito por onde investir esforços.

Em ambos os locais deixei os meus contributos, tanto em forma de reflexão sobre as oportunidades de melhoria como na proposta de medidas de intervenção. Em contexto pré-hospitalar, destaquei a importância para o reconhecimento precoce da deterioração clínica e de uma ação rápida e eficaz para minimizar os efeitos adversos, apresentando o instrumento NEWS. Já no intra-hospitalar, e reconhecendo a família como um aspeto fundamental do cuidar do doente crítico, elaborei um projeto de estudo piloto para a implementação da “UCI de portas abertas”.

A qualidade dos cuidados prestados é decisiva para o prognóstico do doente crítico e têm como objetivo imediato dar resposta às necessidades que foram afetadas e promover as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, e com o objetivo final: a recuperação total do indivíduo e da sua família.

Todo o contacto com outras realidades, com outras formas de pensamento e outras necessidades ou prioridades de intervenção torna-nos mais humildes, mais abertos a outras possibilidades de atuação e de gestão de recursos. Todas as experiências que tive até ao presente dia foram uma mais valia profissional e pessoal, todas elas espoletaram um processo de reflexão e análise que ajudou a construção de mais uma etapa. A intervenção metódica e a necessidade de identificar rapidamente o foco de instabilidade é sem dúvida a ferramenta chave que levo para o meu contexto profissional.

O doente crítico é uma tipologia que doente que me fascina cada vez mais pela quantidade de necessidades que nele estão inerente e subjacentes, pelo potencial de intervenção que possui e pelos contributos que os enfermeiros, nomeadamente os Especialista em Médico – Cirúrgico, podem dar. É neste tipo de doentes que reflito também sobre a importância do trabalho em equipa, seja ela unidisciplinar ou multidisciplinar, mais do que a qualidade individual de cada elemento, é indispensável que o objetivo final seja o mesmo, restabelecer o indivíduo nas suas capacidades máximas.

A qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, prestados ao doente crítico, são então decisivos para o seu prognóstico. Eles têm como objetivo imediato dar resposta às necessidades afetadas e promover as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, e com o objetivo final, a recuperação total do indivíduo e da sua família. Assim sendo, o perfil de competências promove um enquadramento regulador para a certificação de competências, competências essas que deverão ser altamente diferenciadas e com tradução no desempenho profissional,

constituindo por isso uma mais valia pessoal, para a instituição onde exerço as minhas funções e para o alvo dos meus cuidados, o doente e a sua família.

A reflexão sobre o impacto dos cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação crítica determinou o percurso realizado durante este período pela elaboração dos objetivos enumerados anteriormente. Objetivos esses que foram atingidos através das intervenções e atividades implementadas no percurso de obtenção do grau de EEMC e Mestre, levando a aquisição das competências necessárias e previstas.

As memórias que deixamos em quem cuidamos, direta e indiretamente, ficam para uma vida inteira e traçam a crença na nossa profissão. O caminho, para a excelência de cuidados, é longo, terá altos e baixos, mas saber que podemos fazer a diferença na vida de alguém, merece essa obstinação. De forma a concluir este trabalho, deixo a seguinte frase do livro *Paula*, de Isabel Allende, “As enfermeiras comovem-se diante desse amor obstinado e por vezes deixam-me visitar-te a horas interditas, porque comprovam que quando te pego na mão, os sinais em ti modificam-se”.

## 5. Referências Bibliográficas

- Abbey, M.; Chaboyer, W.; Mitchell, M. (2012). Understanding the work of intensive care nurses: A time and motion study. *Australian Critical Care*, volume 25(1), página 13-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.08.002>
- Abbott, T.; Cron, N.; Vaid, N.; Ip, D.; Torrance, H.; Emmanuel, J. (2018). Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission: A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, volume 27, páginas 17-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>
- Agard, A. & Lomborg, K. (2010). Flexible family visitation in the intensive care unit: Nurses' decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, volume 20 (7-8), páginas 1106-1114. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x>
- Aitken, L. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing*, volume 12(4), páginas 476-483. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00763.x>
- Akbar, A., Shahzadi, S., Khurram, M., & Khar, H. (2016). Sofa score and outcome: Experience at a public sector hospital ICU. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, volume 66(4), páginas 510-514. Retrieved from: <https://pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/679>
- Al-Mutair, A.; Plummer, V.; Clerehan, R. & O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, volume 19(3), páginas 135-144. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- American Society of Anesthesiologists (2015) *Statement on creating labels of pharmaceuticals for use in anesthesiology*. Retrieved from: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiuwJbe4q\\_gAhVx8eAKHSXFARoQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.asahq.org%2F~%2Fmedia%2FSites%2FASAHQ%2FFiles%2FPublic%2FResources%2Fstandards-guidelines%2Fstatement-on-labeling-of-](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiuwJbe4q_gAhVx8eAKHSXFARoQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.asahq.org%2F~%2Fmedia%2FSites%2FASAHQ%2FFiles%2FPublic%2FResources%2Fstandards-guidelines%2Fstatement-on-labeling-of-)

[pharmaceuticals-for-use-in-anesthesiology.pdf&usg=AOvVaw0ItQ5Gsk2ingl5SIihG0lY](#)

- Aro, I.; Pietila, A. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012) Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, volume 21 (13-14), página 1847-1858. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015) *National Standard for User Applied Labelling of Injectable Medicines, Fluids and Lines*. Retrieved from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2015/09/National-Standard-for-User-Applied-Labeling-Aug-2015.pdf>
- Baile, W.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. & Kudelka, A. (2000) SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *Oncologist*, volume 5, páginas 302-311. doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Beeby, J. P. (2000) Intensive care nurses' experiences of caring. Part 2: research findings. *Intensive and Critical Care Nursing*, volume 16(3), páginas 151-163. doi: <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1490>
- Brown, B.; Edwards, M. & Tay, S. (2014) Acceptability of auricular vs frontal bispectral index values. *British Journal of Anaesthesia*, volume 113(2), página 296. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aeu244>
- Calzavacca, P.; Licari, E.; Tee, A.; Egi, M.; Downey, A.; Quach, J. et al. (2010). The impact of Rapid Response System on delayed emergency team activation patient characteristics and outcomes-a follow-up study. *Resuscitation*, volume 81(1), páginas 31-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.09.026>
- Cho, J., Chung, H. S. & Hong, S. (2013). Improving the safety of continuously infused fluids in the emergency department. *International Journal of Nursing Practice*, volume 19(1), páginas 95-100. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12022>
- Dahaba, A.; Xue, J.; Zhao, G.; Liu, K.; Xu, G.; Bornemann, H.; ... Metzler, H. (2010). BIS-Vista™ Occipital Montage in Patients Undergoing Neurosurgical

Procedures during Propofol–Remifentanil Anesthesia. *Anesthesiology*, volume 112(3), páginas 645-651. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181cf4111>

- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A Construção do Cérebro Consciente*. Maia, Círculo de Leitores.
- Davidson, J.; Aslakson, R.; Long, A.; Puntillo, K.; Kross, E.; Hart, J.; Cox, C.... Curtis, J. (2016) Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, volume 45(1), páginas 103-128. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Davidson, J.; Powers, K.; Hedayat, K.; Tieszen, M.; Kon, A.; Shepard, E.; Spuhler, V.; ... Armstrong, D.; (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, Volume 35(2), páginas 605-622. doi: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- Diário da República (2014), Despacho nº 10319/2014. Retrieved from: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)
- Direção Geral de Saúde (2008) Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD: *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2012). Norma nº029/2012: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016). Norma nº018/2016: *Reconciliação da medicação*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

- Direção Geral de Saúde (a) (2015). Norma nº014/2015: *Medicamentos de alerta máximo*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- Direção Geral de Saúde (b) (2015). Norma nº022/2015: “*Feixe de intervenções*” de *Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direção Geral de Saúde (c) (2015). Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro de 2015 – *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Retrieved from: [https://dre.pt/pesquisa//search/66463212/details/normal?p\\_p\\_auth=gDtCXd5S](https://dre.pt/pesquisa//search/66463212/details/normal?p_p_auth=gDtCXd5S)
- Esteves, N. E. C. *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. Porto
- Garrouste-Orgeas, M.; Philippart, F.; Timsit, J. F.; François, J.; Diaw, F.; Willems, V.; ... Carlet, J. (2008) Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, volume 36(1), páginas 30-35. doi: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8>
- Grissinger M. (2012) Reducing the risk of deadly mixups with epidural and intravenous drugs. *Pharmacy and Therapeutics*, volume 37(8), páginas 432-434. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091333>
- Hart, A.; Hardin S. R.; Townsend, A. P., Ramsey, S. & Mahrle-Henson A. (2013) Critical care visitation, Nurse and family preference. *Dimensions of Critical Care Nursing*, volume 32(6), páginas 289-299. doi: <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000434515.58265.7d>
- Hinkle, J. & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perception of relatives, physicians and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, volume 27(4), páginas 28-225. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.003>
- Hodgson, L.; Congleton, J.; Venn, R.; Forniaand, L.; Roderick, P. (2018) NEWS 2 – too little evidence to implement? *Clinical Medicine*, volume 18(5), páginas 371-373. doi: <http://doi.10.7861/clinmedicine.18-5-371>

- Hoikka, M.; Silfvast, T.; Ala-Kokko, T.I. (2018) Does the prehospital National Early Warning Score predict the short-term mortality of unselected emergency patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, volume 26(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0514-1>  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwuiwJbe4q\\_gAhVx8eAKHSXFARoQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.asahq.org%2F~%2Fmedia%2FSites%2FASAHQ%2FFiles%2FPublic%2FResources%2Fstandards-guidelines%2Fstatement-on-labeling-of-pharmaceuticals-for-use-in-anesthesiology.pdf&usg=AOvVaw0ItQ5Gsk2ingl5SIihG0IY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwuiwJbe4q_gAhVx8eAKHSXFARoQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.asahq.org%2F~%2Fmedia%2FSites%2FASAHQ%2FFiles%2FPublic%2FResources%2Fstandards-guidelines%2Fstatement-on-labeling-of-pharmaceuticals-for-use-in-anesthesiology.pdf&usg=AOvVaw0ItQ5Gsk2ingl5SIihG0IY)
- Hutin, Y., Hairi, A., Chiarello, L., Catlin, M., Stilwell, B., Ghebrehiwet, T. & Garner, J. (2003). Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. *Bulletin of the World Health Organization*, volume 81(7), páginas 491-500. Retrieved from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/71893>
- INEM (2012) *Manual de Abordagem à Vitima*. Lisboa: INEM
- INEM (2013) *Manual de Emergência Trauma*. Lisboa: INEM
- Infarmed (2017) Resumo das características do medicamento: Diprivan. Retrieved from: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2692&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2692&tipo_doc=rcm)
- International Council of Nurses (2006), Dotações seguras salvam vidas. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)
- International Organization for Standardization (2008) *ISO 26825: Anaesthetic and respiratory equipment – User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia – Colours, design and performance*. Retrieved from: [http://www.hospicode.com/ISO\\_26825\\_2008\(en\).PDF](http://www.hospicode.com/ISO_26825_2008(en).PDF)
- Jakimowicz, S. & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centered nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, volume 71(7), páginas 1499-1517. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12644>

- Jakimowicz, S.; Perry, L. & Lewis, J. (2017). An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient-centered nursing in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, volume 26(23-24), páginas 4153-4171. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13957>
- Kane-Gill, S.; Dasta, J.; Buckley, M.; Devabhakthuni, S.; Liu, M.; Cohen, H.; George, E.; Pohlman, A.; Agarwal, S.; Henneman, E.; Bejian, S.; Berenholtz, S.; Pepin, J.; Scanlon, M.; Smith, B. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Critical Care Medicine*, volume 45(9), páginas e877-e915. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002533>
- Kane-Gill, S.; Weber, R. (2006) Principles and practices of medication safety in the ICU. *Critical Care Clinics*, volume 22(2), páginas 273-290. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2006.02.005>
- Kearns, S.; Hernandez, O. (2016). "Awake" Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Lung Transplant. *AACN Advanced Critical Care*, Volume 27(3). DOI: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016792>
- Kearns, S.; Hernandez, O. (2016). "Awake" Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Lung Transplant. *AACN Advanced Critical Care*, volume 27(3), páginas 293-300. doi: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016792>
- Kramer, A., Schwebke, I., Kampf, G. (2006) How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, volume 6, página 130-138. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2334-6-130>
- Kruer, R.; Jarrell, A.; Latif, A. (2014). Reducing medication errors in critical care: A multimodal approach. *Clinical Pharmacology*, volume 1(6), páginas 117-126. doi: <https://doi.org/10.2147/CPAA.S48530>
- Kuehnert, M.; Kruszon-Moran, D.; Hill, H., McQuillan, G.; McAllister, S.; Fosheim, G.; ...Tenover, F. (2006). Prevalence of Staphylococcus aureus nasal colonization in the United States, 2001e2002. *The Journal of Infectious Diseases*, volume 193(2), páginas 172-179. doi: <https://doi.org/10.1086/499632>

- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, volume 28(2). PMID: 15920362
- Lee, S.; Kim, Y.; Lim, B.; Kim, H.; Kong, M. & Lee, I. (2014). Comparison of bispectral index scores from the standard frontal sensor position with those from an alternative mandibular position. *Korean Journal of Anesthesiology*, volume 66 (4), páginas 267-273. doi: <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2014.66.4.267>.
- Leske, J. (1998). Treatment for family members in crisis after critical injury. *Advanced Critical Care Nursing*, volume 9(1), páginas 129-139. PMID: 9505579
- Lopes, M.; Gomes, S. & Almada-Lobo, B., (2018). Os cuidados de Enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde, INESCTEC. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Mainous, A.; Hueston, W.; Everett, C.; Diaz, V. (2006). Nasal carriage of Staphylococcus aureus and methicillin-resistant S. aureus in the United States, 2001-2002. *Annals of Family Medicine*, volume 4(2), páginas 132-137. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.526>
- Marques, P. (2002). *Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: “Condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida internadas em UCI”*. (Master’s thesis, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10216/9867>
- Merry, A.; Shipp, D.; Lowinger J. (2011). The contribution of labelling to safe medication administration in anaesthetic practice. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*, volume 25(2), páginas 145-159. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.009>
- Messman, J. (2008). Vulnerability in Critical Care Medicine: A Matter of tightrope walking. *Vulnerability in critical care medicine*. Retrieved from:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Vulnerability-in-Critical-Care-Medicine-%3A-A-Matter-Mesman/c80578e9e8374226db3d5da3de7f6875b69c8a24>

- Mezomo J. C. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos*, Porto Alegre: Editora Manole.
- Ministério da Saúde (2014) *Portaria nº 194/2014*. Retrieved from: [https://dre.pt/home/-/dre/57695124/details/maximized?p\\_auth=6Uzy2Evk](https://dre.pt/home/-/dre/57695124/details/maximized?p_auth=6Uzy2Evk)
- Minton, C.; Batten, L. & Huntington, A. (2018). The impact of a prolonged stay in the ICU on patients' fundamental care needs. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 27(11-12), páginas 2300-2310. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14184>
- Mohite, P.; Sabashnikov, A.; Reed, A.; Saez, D.; Patil, N.; Popov, A. ... Simon, A. (2014) Extracorporeal Life Support in "Awake" Patients as a Bridge to Lung Transplant. *Thoracic Cardiovascular Surgery*, volume 63(8), páginas 699-705. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1546429>
- Nelson, P.; Nelson, J. A.; Chen, A. J. & Kofke, W. A. (2013). An alternative position for the BIS-Vista montage in frontal approach neurosurgical cases. *Journal of Neurosurgery Anesthesiology*, volume 25(2), páginas 135-142. doi: <https://doi.org/10.1097/ANA.0b013e31826ca3a0>
- O'Grady, N.; Alexander, M.; Burns, L.; Dellinger, E.; Garland, J.; Heard, S. & Saint, S. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/pdf/bsi/bsi-guidelines-H.pdf>
- Obringer, K.; Hilgenberg, C. & Booker, K. (2012). Needs of adult family members in intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, volume 21(11-12), páginas 1651-1658. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, volume 3(9), páginas 115-124. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem*. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Po>

[ntoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](#)

- Ordem dos Enfermeiros (a). (2018). *Regulamento n° 226/2018. Regulamento da Competências Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. Diário da República, 2ª série, N°74, 16 de Maio de 2018. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115116048/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros (b). (2018). *Regulamento n° 429/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2ª série, N°135, 16 de Julho de 2018. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n° 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, N°26, 6 de Fevereiro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>
- Parker, M. & Rodgers, A. (2015). Management of pain in pre-hospital settings. *Emergency Nurse*, volume 23(3), página 16-21. doi: <https://doi.org/10.7748/en.23.3.16.e1445>
- Penedo, J.; Ribeiro, A.; Lopes, H.; Pimentel, J.; Pedrosa, J.; Sá, R. & Moreno, R. (2013). *Avaliação nacional da situação das unidades de cuidados intensivos*. Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira L.; Galvão C. & Chanes M. (2005) *Administração Hospitalar, Instrumentos Para a gestão profissional*. Rio de Janeiro: Edições Loyola.
- Pharlab. Bula da Lidocaína. Retrieved from: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=14279122016&pIdAnexo=3204587](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=14279122016&pIdAnexo=3204587)

- Pontes, A.; Leitão, I. & Ramos, I. (2008) Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, volume 61(3), páginas 312-318. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Porat, N.; Bitan, Y.; She, D.; Donchin, Y. & Rozenbaum, H. (2009). Use of colour-coded labels for intravenous high-risk medications and lines to improve patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, volume 18(6), páginas 505-509. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025726>
- Puente-Barbas, J.; Navarro-Suay, R.; Gutiérrez-Ortega, C. & Gilsanz-Rodríguez, F. (2018) Comparative study of concordance between bispectral index recordings obtained from the standard frontal and infra-orbital sensor position. *European Journal of Anaesthesiology*, volume 35(9), páginas 714-716. doi: <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000795>
- Roberts, M.; Soge, O.; No, D.; Beck, N. & Meschke, J. (2011). Isolation and characterization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from fire stations in two northwest fire districts. *American Journal of Infection*, volume 39(5), páginas 382-389. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.09.008>
- Safe label system, codonics. Disponível em : [https://www.codonics.com/wp-content/uploads/2017/07/SLS\\_16PG\\_web.pdf](https://www.codonics.com/wp-content/uploads/2017/07/SLS_16PG_web.pdf)
- Skevington, S.; Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2003) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, Volume 13, 299-310. doi: <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Smurl, J. (1988) Nursing lifeline. Making hard choices: finding solutions to everyday ethical problems. *Nursing*, volume 18(6), página 110. PMID: 338036
- Stevenson, K. (2010). MRSA colonization in EMS personnel and equipment as a risk factor for secondary injury in Ohio trauma patients. Retrieved from: [https://www.publicsafety.ohio.gov/links/EMS\\_Stevenson\\_MRSA%20Project\\_Final%20Report\\_1.pdf](https://www.publicsafety.ohio.gov/links/EMS_Stevenson_MRSA%20Project_Final%20Report_1.pdf)

- Summa-Sorgini, C.; Fernandes, V.; Lubchansky, S.; Mehta, S.; Hallett, D.; Bailie, T.; Lapinsky, S. E. & Burry, L. (2012). Errors associated with IV infusions in Critical Care. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, volume 65 (1). PMID: 22479108
- The Joint Commission (2018) *National Patient Safety Goals Effective January 2018*. Retrieved from: [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG\\_Chapter\\_AHC\\_Jan2018.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_AHC_Jan2018.pdf)
- Thiagarajan, R.; Teele, S.; Teele, K. & Beke, D. (2012) Physical therapy and rehabilitation issues for patients supported with extracorporeal membrane oxygenation. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, volume 5(1), páginas 47-52. doi: <https://doi.org/10.3233/PRM-2012-0195>
- UNESCO (2013). *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity, Report of the International Bioethics Committee of UNESCO*. Retrieved from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf>
- Valdez, M.; Sexton, J.; Lutz, E. & Reynolds, K. (2015) Spread of infectious microbes during emergency medical response. *American Journal of Infection Control*, volume 43(6), páginas 606-611. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.02.025>.
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Wassenaar, A.; van den Boogaard, M.; van der Hoof, T.; Pickkers, P. & Schoonhoven, L. (2015). Providing good and comfortable care by building a bond of trust: nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, volume 24, páginas 21-22. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12995>
- Wheeler, D.; Degnan, B.; Sehmi, J.; Burnstein, R.; Menon, D. & Gupta, A. (2008). Variability in the concentrations of intravenous drug infusions prepared in critical care unit. *Intensive Care Medicine*, volume 34(8), páginas 1441-1447. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1113-9>
- Wilkin, K.; Slevin, E. (2004) The meaning of caring to nurses: an investigation into

the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, volume 13(1), páginas 50-59. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x>

- Wong, P.; Liamputtong, P.; Koch, S. & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interaction with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, volume 31(1), páginas 51-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>
- World Health Organization (2010). *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. Retrieved from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44298/9789241599252\\_eng.pdf;jsessionid=EA9782F6E05EB84B6B70189BCA0DC2BB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44298/9789241599252_eng.pdf;jsessionid=EA9782F6E05EB84B6B70189BCA0DC2BB?sequence=1)
- Zografakis-Sfakianakis, M.; De Bree, E.; Linardakis, M.; Messaritaki, A.; Askitopoulou, H.; Papaioannou, A. & Aggouridakis, P. The value of the Modified Early Warning Score for unplanned Intensive Care Unit admissions of patients treated in hospital general wards. *International journal of nursing practice*, volume 24(3), página e12632. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12632>

## **Apêndices**



Apêndice I - Aplicação da *Early Warning Score* em contexto pré-hospitalar





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

*Aplicação da Early Warning Score em contexto pré-hospitalar*

**Estudante: Catarina da Cruz Martins**

**Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho**

**Porto, Outubro de 2018**



## Índice

Introdução	87
A necessidade de ferramentas de prognóstico	89
O NEWS	99
Casos clínicos	103
Referências Bibliográficas	111



## **Lista de Siglas**

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

EC - Estado de consciência

EWS - Early Warning Score

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NEWS - National Early Warning Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

OS - Oxigénio Suplementar

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PF - Parâmetros Fisiológicos

RCP - Royal Collegue of Physicians

SatO2 - Saturações de Oxigénio

T – Temperatura

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ViEWS – VitalPAC Early Warning Score



## **Introdução**

Este trabalho surge enquadrado no 3º Semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEEMC), na componente prática da prestação de cuidados ao doente crítico em contexto pré-hospitalar.

Foi solicitada, pela instituição que nos acolheu neste período, a apresentação de um tema à escolha, que se enquadrasse no âmbito em que exercemos as nossas funções de enfermeiros.

A minha expectativa, com este trabalho e enquanto futura enfermeira especialista, é trabalhar na capacitação dos enfermeiros para intervir em contexto de doente crítico no pré-hospitalar, baseado nas evidências atuais, para que possamos adquirir mais autonomia de atuação, promover a qualidade de vida, podendo mesmo demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem especializada têm de ser o mais abrangentes possíveis apoiando-se também enunciados descritivos que foram publicados em Diário da República, a 26 de Junho de 2015, e são eles: a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e controlo d infeção associada aos cuidados de saúde.

Adquirir conhecimentos especializados, numa área clínica específica, que permitam uma elevada qualidade de decisão e de competências clínicas é uma mais valia para os nossos doentes e para a Enfermagem enquanto disciplina.

A escolha deste tema recaiu sob os sistemas de reconhecimento precoce da deterioração de doentes, nomeadamente na vertente pré-hospitalar. Estes sistemas, para além do que as evidências demonstram a nível de antecipação de

cuidados, podem ainda servir como ferramentas de monitorização da qualidade dos cuidados especializados prestados.

No doente crítico existe a necessidade de se definir quais são os focos de atenção e estabelecer uma prioridade de atuação com o objetivo de prevenir o dano causado ao doente, mantendo um atendimento metódico e sistematizado.

O presente trabalho tem como objetivos:

- Contextualizar o tema,
- Simular a aplicação da NEWS em casos clínicos em contexto de pré-hospitalar,
- Propor intervenções adequadas a cada caso,
- Refletir sobre potenciais utilidades da NEWS.

A metodologia adoptada durante todo o trabalho foi a descritiva – reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica para a fundamentar o tema que está a ser abordado, selecionando a informação disponível mais recente e mais adaptada ao contexto de aplicabilidade.

Estruturalmente, e após esta breve introdução, o trabalho vai-se parcelar em mais quatro. Inicialmente, irá ser descrito como é que surgiram estes scores, de onde surgiu a sua necessidade de implementação e o que se tem vindo a investigar e a validar sobre o tema. Na sequência de raciocínio, apresenta-se o score, os parâmetros por ele avaliados, as possibilidades de pontuação em cada um e o que é que o score final representa. Por de forma a contextualizar na prática, faz-se a aplicação retrospectiva da aplicação da NEWS em três casos clínicos e a sua discussão. Para terminar, temos a conclusão, onde se faz uma breve síntese com reflexão crítica.

## **A necessidade de ferramentas de prognóstico**

A procura ativa pela qualidade é algo inato nos profissionais de saúde e noutros sectores de atividade. Alcança-la, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sejam eles em contexto hospitalar, pré-hospitalar, ou outros, significa atingir um equilíbrio entre a diminuição do risco para o alvo dos nossos cuidados e a gestão dos recursos disponíveis, sempre enquadrado num contexto sociocultural e socioeconómico específico (Mezomo, 2001).

Nos processos de gestão da qualidade, são desenvolvidas um conjunto de ações que visam criar condições para que o processo de assistência decorra com qualidade e em segurança, garantindo que o modelo assistencial e o modelo de gestão, se coadunem com a prevenção ou atenuação de não conformidade, erros ou efeitos adversos (Pereira, 2005).

O Regulamento nº124/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE) define que, “os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) prevenindo complicações. (...) Exigem observação, colheita e procura continua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (...).

Um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, é a prevenção de complicações. Para isso, o Regulamento nº 361/2015 da OE, reconhece como elementos chave:

1. “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência para prescrever, implementar e avaliar (...);

2. a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/ problemas potenciais identificados;
3. o rigor técnico/ científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas (...);
8. a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade;
9. a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida;
10. a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos.

Zelar pela segurança dos doentes é uma responsabilidade acrescida dos enfermeiros especialistas, daí o interesse no tema que está a ser apresentado, por ser uma ferramenta de prognóstico simples de aplicar e que pode desencadear um algoritmo de ações especializadas ajustadas a cada situação. Onde, para além de promover a segurança, tem o potencial para servir como ferramenta de avaliação da melhoria contínua da qualidade. Garantir a segurança do doente é garantir a qualidade dos cuidados que são prestados ao indivíduo, implementando medidas ou intervenções que previnam a instalação de quadros nefastos ou que agravem a situação clínica.

Para se ter a percepção da necessidade de intervir é importante identificar uma situação de alteração de estado, de degradação ou deterioração. O conceito de deterioração, pode ser usado em contexto de cuidados de fim de vida, para explicar a condição de doentes que se estão a aproximar da sua morte natural. Mas também em contexto de deterioração aguda, a que irá ser discutida no decorrer do documento e que se caracteriza pela alteração do indivíduo para um estado clínico pior, aumentando o risco individual de morbilidade, incluindo a disfunção orgânica, estadia prolongada no hospital, incapacidade ou morte (Jones, 2013).

Os hospitais britânicos, quando se depararam com falhas no reconhecimento da deterioração do estado clínico dos doentes e na incapacidade de resposta, perante as mesmas circunstâncias, reconheceram os graves problemas relacionados com a segurança do doente, associados aos atrasos no tratamento e que representavam, uma urgente necessidade de intervenção.

Como parte de uma iniciativa estratégica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes hospitalizados, pela segurança que é reproduzida nos doentes e pelo seu potencial em orientar modalidades de gestão (Akbar, 2016), em 2012, o Royal College of Physicians (RCP) recomendou, como medida nacional, a standardização dos EWSS, dando então origem ao NEWS (National Early Warning Score). Num esforço para reduzir morbilidade e mortalidade que pudesse ser evitada, ou onde pudesse ter havido uma intervenção mais precocemente.

O NEWS é uma ferramenta de estratificação de risco clínico que se baseia nos Track and Trigger Systems, um termo universal que representa ferramentas clínicas que classificam as observações fisiológicas e medições de parâmetros, com o intuito de desencadear uma resposta de escalada terapêutica (Hodgson, 2018).

O relevo destes sistemas é o potencial para melhorar a capacidade dos enfermeiros em identificar alterações nos doentes e promover a tomada de decisão clínica precoce, perante o reconhecimento de uma situação de declínio (Zografakis-Sfakianakis, 2018 e Hoikka, 2018). Neles, é atribuída uma pontuação numérica a parâmetros específicos para identificar o significado dos sinais vitais do doente (Grant, 2018).

Os parâmetros fisiológicos são convertidos em scores, representativos da evolução do estado clínico do doente (*track*) ainda antes das manifestações físicas, desencadeando um algoritmo de ações que guiem a conduta de ação perante cada situação específica (*trigger*). Por outras palavras, permite detetar aqueles que, devido à alteração de alguns padrões fisiológicos, necessitam de ser observados por uma equipa médica ou ativada uma equipa de resposta rápida (McGinley (2012), Jones (2012), Patterson (2011), Smith, 2016 e Shaw, 2017).

Uma das limitações que Grant (2018) refere nestes sistemas é, não considerarem observações que poderiam fornecer informações válidas para identificar estados de deterioração. Baseiam-se essencialmente em parâmetros hemodinâmicos, e desconsideram os benefícios da metodologia ABCDE, a

implementada na avaliação pré-hospitalar do doente pelo INEM. Ignoram toda a avaliação da via aérea, esforço respiratório, sons, simetria da mobilidade torácica, característica do pulso, tempo de preenchimento capilar, débito urinário, temperatura, dor, glicemia, alterações cutâneas, entre outras.

O reconhecimento precoce da deterioração clínica, seguido por uma ação rápida e eficaz, pode minimizar os resultados adversos e diminuir o número de intervenções necessárias para estabilizar os doentes cuja condição se deteriora no hospital (Calzavacca, 2010). Pelo contrário, os atrasos no reconhecimento ou intervenções tardias, contribuem para a incidência de dano no doente, na progressão da gravidade de base da doença, no aumento da mortalidade e nas implicações financeiras e de recursos, como por exemplo, aumento da duração da hospitalização, aumento do internamento em cuidados intensivos e admissões em cuidados intensivos não planeadas (Conner, 2018).

Outro ponto positivo, evidenciado por Stafseth (2016), na perspectiva de enfermagem, é a de ajudar a uma linguagem precisa e transversal para com a equipa médica nomeadamente em situações de emergência. Uma das vantagens desta ferramenta, comparativamente a outras que avaliem a gravidade dos doentes, é a sua facilidade de aplicabilidade (Lee, 2018).

Com os estudos recentes, tem-se verificado que os sistemas de resposta única têm taxas mais elevadas de morbilidade e mortalidade, daí que, a comissão australiana da segurança e qualidade (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care), recomende nos cuidados de saúde, o uso de um sistema de resposta gradual, ou seja, a pontuação obtida despoleta uma resposta gradual, que vai desde um aumento na frequência de monitorização até a ativação de uma equipa especializada em emergência, com capacidade de resposta rápida.

O NEWS é utilizado atualmente no contexto extra hospitalar para determinar quais os doentes que necessitam de uma admissão em cuidados intensivos, que desenvolvam eventos adversos durante a hospitalização ou estimar um índice de mortalidade (Kitahara, 2018 citando Fullerton 2012, Silcock 2015, Shaw 2017,

Olsson 2003 e Baines 2008).

Abbott (2018) refere que o score obtido pelas observações no pré-hospitalar estavam associadas a uma evolução para cuidados intensivos ou morte 48h após a admissão hospitalar, mas não estavam relacionadas com o tempo de internamento hospitalar (*length of stay*). Salaria que pode ser uma ferramenta útil para guiar a gestão do doente no pré-hospitalar. Ainda assim, Grant (2018), alerta que os enfermeiros não devem confiar apenas no NEWS, mas devem usá-lo para apoiar seu julgamento clínico.

Sabendo que as vagas em UCI são escassas e que têm de ser bem atribuídas, é necessário reunir esforços para que as condições de atendimento prévias à admissão em UCI sejam melhores, com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade e maximizar a eficiência dos recursos recrutados,

A identificação precoce de doentes em alto-risco e a identificação das suas necessidades futuras é essencial para os transferir adequadamente, proporcionar uma intervenção hospitalar atempada e gerir os recursos disponíveis. Estes são alguns dos pontos chave de um sistema de emergência médica bem sucedido com impacto na sobrevivência dos doentes (Hoikka, 2018, citando Ornato, 2009).

O RCP, recomenda fortemente o uso do NEWS em contexto pré hospitalar como ferramenta facilitadora da comunicação do estado clínico do doente para com a unidade que o vai acolher, nomeadamente o serviço de urgência.

O estudo de Shaw (2017) sugere que, doentes na categoria de baixo risco têm maior probabilidade de alta do SU, o que poderia levar a que fossem tratados de uma forma segura no domicílio, pela equipa de emergência médica pré hospitalar, com o NEWS a justificar a decisão clínica, mas salvaguarda que mais estudos deveriam ser realizados nesta área, até para se determinar se o NEWS pode ser utilizado também como uma ferramenta de apoio para transportar ou não os doentes. No entanto, apesar de baixa a incidência, existem ainda casos de doentes com baixo score de NEWS que morreram no SU, daí que o NEWS é, como já referido, uma ferramenta, e como tal deve ser um apoio e inibidor da experiência

profissional ou julgamento clínico.

Quanto à altura ideal para avaliar o NEWS no pré hospitalar, existem duas filosofias, a de que deveria ser feito o mais cedo possível, no sentido de ajudar a decisão de transportar ou avisar o SU da chegada do doente. E a de que deve ser avaliado mais tardiamente, por forma a dar tempo a que o tratamento implementado surta efeito. Mas, estatisticamente, estes resultados aparecem diluídos e não parecem ter significado (Shaw 2017).

Um dos benefícios levantados para esta ferramenta é a standardização de uma avaliação de gravidade entre o pré hospitalar e o intra-hospitalar, e permitindo um acompanhamento temporal mais alargado da evolução positiva ou negativa do estado do doente.

O NEWS, quando comparado ao *quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)*, demonstrou um valor equivalente ou superior em contexto de *Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)* (Churpek 2018).

A sépsis é uma condição sensível ao tempo, e muitas vezes não identificada pela triagem no SU. A utilização do NEWS tem demonstrado melhorias no reconhecimento destas situações. (Bigham, 2018). É uma situação devastadora e associada a uma grande mortalidade, daí que os profissionais de saúde devam estar devidamente treinados para reconhecer doentes de alto risco. Apesar da melhoria que se tem vindo a observar, na taxa de sobrevivência, na última década, a taxa de mortalidade ainda atinge os 30% ao 28º dia, exibindo, surpreendentemente, taxas mais elevadas do que as apresentadas em paragem cardiorrespiratórias. Acredita-se que esta diminuição da taxa de mortalidade advenha do reconhecimento e diagnóstico precoce da sépsis, assim como uma intervenção rápida e ajustada. No contexto pré hospitalar, além de reconhecer e triar os doentes sépticos, é crucial ter a capacidade de resposta perante as subtilidades na deterioração clínica e reconhecer quando uma admissão direta em cuidados intensivos é mais apropriada do que uma admissão em serviço de urgência. A gestão inadequada de doentes sépticos tem potencial para provocar

dano. Um elemento chave, para o prognóstico, é o intervalo de tempo que vai desde o primeiro contato com uma equipe médica e o diagnóstico de sépsis que despoleta o início dos tratamentos adequados., nomeadamente antibióticos (Jouffroy, 2017).

A expedição de meios de emergência médica, desempenha um papel capital na cadeia da prestação de cuidados e na sobrevivência dos doentes. Os pontos críticos são: a correta avaliação do risco, a gestão dos recursos de emergência médica disponíveis e o tempo de processamento da chamada ajustado em situações de risco de vida. Uma sobretriagem das chamadas leva a um uso inapropriado de meios, uma sobrecarga das unidade de emergência. Enquanto que a subtriagem tem um impacto negativo na sobrevivência dos doentes (Hoikka 2016).

O número de solicitações de apoio extra-hospitalar aumentou na última década (Challen (2010), Lee (2008)) mas a maioria dos transportes não é essencial conforme mostram alguns estudos como os de Challen (2010), de Ebrahimian (2012), relevando a necessidade identificar com precisão os doentes que precisam de cuidados e transporte pré-hospitalares. Uma estratégia para evitar transportes não essenciais é o uso de instrumentos confiáveis para avaliação rápida e abrangente do doente pré-hospitalar (Ebrahimian 2014).

Fullerton (2012) relata que as equipes pré-hospitalares tinham diferentes níveis de especialização e tomavam decisões relacionadas ao transporte baseadas principalmente em processos mentais e experiência pessoal, em vez de evidências científicas. Daí a importância de avaliar a importância do papel do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica neste contexto, um elemento que pudesse conjugar as evidências científicas mais recentes com as competências práticas.

Os serviços de emergência extra-hospitalar estão na linha de frente para atender às necessidades dos doentes fora do ambiente hospitalar. Atualmente, os médicos são as pessoas que influenciam a decisão de transferência dos doentes para as instituições de cuidados de saúde. Tal como referido anteriormente para a

enfermagem, os julgamentos feitos pelas equipes médicas em situações pré-hospitalares raramente são baseados em evidências e estão principalmente enraizados em dados subjetivos e no nível de educação e experiências passadas (Mulholland (2005), Brown (2009), Brown (2001)). Às vezes, suas decisões podem resultar na transferência inadequada de doentes para hospitais por ambulância ou deixando os doentes por conta própria, enquanto eles devem ser transferidos para o hospital (Ebarhimian 2012).

Transferências desnecessárias, o uso impróprio ou excessivo dos serviços de emergência pré-hospitalares são questões ainda não resolvidas. Existem alguns relatos sobre o uso inadequado dos recursos pré-hospitalares em vários países, incluindo os EUA, o Reino Unido e o Irão. Reflete uma má gestão de recursos que já são limitados, deixando os doentes que estão em efetivo estado de emergência sem apoio. Esta situação tem como impacto: aumento da morbi-mortalidade, diminuição dos níveis de satisfação dos serviços de saúde pré-hospitalar e insatisfação no trabalho (Knapp 2009). Até ao momento, ainda não existem sistemas de pontuação adequados para apoiar a tomada de decisão em relação à transferência de doentes para o hospital (Challen 2010).

O estudo desenvolvido por Silcock, em 2014, demonstra que há lugar para o NEWS no contexto pré-hospitalar, e evidência a sua capacidade para identificar doentes de alto risco devendo por isso ser encorajado o seu uso numa fase inicial do atendimento. Doentes com scores de 7 ou superior tiveram 11% probabilidade de falecerem ou de serem admitidos em cuidados intensivos nas 48h seguintes. Scores inferiores, também correm esse risco embora menor. Vários ressaltam que o NEWS não deva substituir o julgamento clínico e um score normal não impeça uma patologia grave, o achado inesperado de um score alto deve motivar o aumento da priorização.

Atualmente, existem diversos sistemas semelhantes que foram validados para diferentes países e para diferentes contextos. Num estudo desenvolvido em 2014, por Luís, face á necessidade de integrar os sistemas detecção precoce em

Portugal, visando também, a melhoria da segurança dos doentes, foram validados os sistemas de pontuação de alerta precoce ViEWS e NEWS. Foram ambos selecionados por simbolizarem os sistemas com melhores resultados face à degradação clínica dos doentes. Para o contexto nacional, verificou-se a mesma performance, contribuindo para a melhoria da segurança dos doentes e um nível de cuidados adequado as suas necessidades. De uma forma geral, os resultados obtidos no estudo de validação dos instrumentos, demonstrou que para os indicadores internamento não planeado em UCI e morte vs. sobrevivência (24h) um elevado poder discriminatório e preditivo, considerando-os uma mais valia no contexto hospitalar português, pelo que já foi referido previamente, por permitir a implementação de protocolos de atuação, aumentar a segurança dos doentes e diminuir a taxa de mortalidade, ao proporcionar uma intervenção antecipada.



## O NEWS

Relembrando o que já foi mencionado anteriormente, o NEWS surgiu de uma estratégia de melhoria de qualidade dos cuidados de saúde em resposta a situações de degradação clínica, para que haja uma resposta atempada mediante a avaliação de parâmetros fisiológicos e a sua relação com um score. O conjunto de dados recolhidos compreende sete variáveis fisiológicas: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal, saturação de oxigénio, utilização de oxigénio suplementar e nível de consciência. O score para cada um dos parâmetros (0-3) é somado para obter o score final, o NEWS, tal como está demonstrado na tabela1.

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de Oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			.
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de consciência				Alerta (A)			Estimulo verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

Tabela 1 – Versão da NEWS1 traduzida e validada para Português (Grant 2018)

Os níveis de alerta classificam-se em baixo risco (1-4), médio risco (5-6 ou score RED) e alto risco ( $\geq 7$ ) conforme está representado na tabela. O score RED refere-se a uma variação extrema num único parâmetro fisiológico, ou seja, uma pontuação de 3 na tabela NEWS, no sentido em que valores extremos num parâmetro fisiológico não poderiam ser ignorados e por si só, implicam uma avaliação clínica urgente, como está representado na tabela 2 (Lee, 2018).

Neste sistema há que salientar também as suas limitações, nomeadamente em circunstâncias de doentes com patologia pulmonar obstrutiva crónica, suporte ventilatório e em doentes que tenham sido submetidos a algum tipo de sedação, circunstâncias que podem inflacionar o score. Outra limitação é a sua inaplicabilidade a crianças (até aos 16 anos) e grávidas (RCP 2012).

NEW Scores	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
Zero	Zero	Mínimo intervalo de 12h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter rotinas de monitorização do NEWS com todo o conjunto de observações,</li> <li>Tratar de acordo com as manifestações.</li> </ul> <p>Escalonamento clínico pode não ser necessário, no entanto deve imperar o julgamento clínico.</p>
1- 4	Baixo Risco	Mínimo intervalo de 4-6h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar enfermeiro responsável do turno,</li> <li>Enfermeiro responsável do turno decide se é necessário aumentar a frequência de monitorização ou o escalonamento dos cuidados prestados,</li> <li>O doente pode ser tratado com antibióticos orais para casos de infeção com deteção precoce <sup>1</sup>.</li> </ul>
<b>RED Score</b> Quando um parâmetro individual pontua 3	Médio Risco	Mínimo intervalo de 4-6h ou aumentar para horário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiro informa equipa médica responsável de forma urgente,</li> <li>Para discutir com a equipa médica, ex: medicina geral, crise, terapia endovenosa no domicílio. Se fora da normalidade, escalar para cuidados secundários <sup>1</sup> em ambiente com possibilidade de monitorização.</li> </ul>

5 - 6	Médio Risco	Aumentar para horário	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermeiro responsável pelo doente informa médico responsável de forma urgente,</li> <li>▪ Avaliação urgente por um clínico com competências diferenciadas na avaliação de doentes críticos,</li> <li>▪ Prestação de cuidados num ambiente com equipamentos de monitorização,</li> <li>▪ Clínico determina de é necessário evoluir para cuidados secundários. Considerar administração de antibióticos por via parentérica, realizar análise urgentemente (ex: Hemograma, Ureia, Electrólitos, Velocidade de sedimentação, PCR e lactatos)<sup>1</sup>,</li> <li>▪ Discutir com equipa de terapia endovenosa domiciliária, equipa de doenças infecciosas, contactar microbiologista, centro de cuidados urgentes ou equipa de crise <sup>1</sup>.</li> </ul>
≥ 7	Alto Risco	Monitorização continua dos sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermeiro responsável informa equipa médica responsável pelo doente de forma imediata,</li> <li>▪ Avaliação urgente por uma equipa com competências em doente crítico, cuidados intensivos que inclua também um especialista em abordagem avançada da via aérea,</li> <li>▪ Considerar transferência para uma unidade de cuidados intensivos (nível 2 ou 3),</li> <li>▪ Declarar estado de alerta para sépsis e considerar as ações que lhe estão associadas<sup>1</sup>.</li> </ul>

Tabela 2 – Limites e gatilhos do NEWS 1, Frequência de monitorização e resposta clínica associada (Fonte: Royal College of Physician, 2012) (Grant 2018) também com <sup>1</sup>respostas em contexto de sépsis (Guttormsen, 2018)



## **Casos clínicos**

Nesta etapa do trabalho a NEWS irá ser aplicada, retrospectivamente, a três situações clínicas que ocorreram durante este período de estágio, em contexto pré-hospitalar. Elas foram selecionadas pelo julgamento pessoal e clínico de cada uma delas. A cada uma delas irá ser realizada uma proposta de intervenção á luz do que foi apresentado nos capítulos anteriores deste trabalho.

## Caso 1

Solicitado rendez-vous com bombeiros para um masculino na casa dos 81-90 anos que apresentava um quadro de dispneia no domicílio. À chegada ao ponto de encontro, o indivíduo encontrava-se com a cabeceira elevada, em franca dificuldade respiratória, com recurso aos músculos acessórios da respiração, face sudorética, extremidades cianosadas, já com oxigenoterapia em curso, capaz de completar algumas frases curtas. Com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Insuficiência Cardíaca Congestiva, no domicílio já fazia oxigenoterapia a 1,5l/min.

De acordo com a avaliação realizada no local atribui-se a seguinte aplicação do NEWS:

PF	Doente A (22)
FR	3
SatO2	3
OS	2
T	0
PAS	0
FC	3
EC	3
<b>TOTAL NEWS</b>	<b>14</b>

Ações Tomadas	Doente recebeu terapêutica endovenosa (corticoterapia) e inalatória (broncodilatador) na ambulância, oxigenoterapia, transportado para SU da área. Triagem laranja.  Monitorização contínua.
---------------	--

Alternativas	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enfermeiro informa CODU de forma imediata da gravidade do doente, tentativa de transferir o doente para o hospital mais adequado para o doente,</li><li>▪ Avaliação emergente por uma equipa com competências em doente crítico, que incluía também um especialista em via aérea avançada e em doenças infecciosas,</li><li>▪ Considerar admissão direta em cuidados intensivos</li><li>▪ Prestação de cuidados num ambiente monitorizado,</li><li>▪ Declarar alerta para sépsis,</li></ul>
--------------	---

## Caso 2

Pedido de apoio diferenciado numa clínica por suspeita de disseção da aorta num masculino na casa dos 61-70 anos que sentiu uma dor muito forte no peito a cerca de uma semana e que estava, na altura, a ser estudada causas possíveis para essa dor e ao realizar ECG e ecocardiograma foi diagnosticado a disseção.

Na avaliação não possuía qualquer comprometimento da via aérea, com um padrão ventilatório normal, perfil ligeiramente hipertensivo, sem alterações de tensões entre o membro superior direito e o esquerdo, consciente, orientado e sem défices, sem dor no momento, posição de conforto é a sentado. Com antecedentes de tumor cerebral benigno que não soube especificar, mas a medicação habitual seria pela descrição um inibidor da produção da prolactina.

De acordo com a avaliação realizada no local atribui-se a seguinte aplicação do NEWS:

PF	Doente B (28)
FR	0
SatO2	0
OS	0
T	0
PAS	0
FC	0
EC	0
TOTAL NEWS	0

<b>Ações Tomadas</b>	Controle tensional. Admitido em sala de emergência. Monitorização contínua.
----------------------	---

<b>Alternativas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Manter rotinas de monitorização do NEWS com todo o conjunto de observações,</li><li>Tratar de acordo com as manifestações,</li><li>Escalonamento clínico pode não ser necessário, no entanto deve imperar o julgamento clínico,</li><li>Assegurar a avaliação urgente por uma equipa com competências cirúrgicas e em doente crítico, que inclua também um especialista em via aérea avançada,</li><li>Admitir o doente diretamente no serviço pré-cirúrgico mais adequado, UCI ou intermédios,</li><li>Manter monitorização contínua.</li></ul>
---------------------	--

### Caso 3

Ativados para uma hemorragia digestiva alta no domicílio num masculino na casa dos 61-70 anos. Na avaliação não possuía qualquer comprometimento da via aérea, com um padrão ventilatório normal, normotenso, pálido, com episódio de hematemeses presenciado, com perda de cerca de 500-800 ml de sangue, consciente, orientado e sem défices. Com antecedentes de diabetes mellitus, varizes esofágicas e cirrose hepática. A sua medicação habitual eram os antidiabéticos orais.

De acordo com a avaliação realizada no local atribui-se a seguinte aplicação do NEWS:

PF	Doente C (2)
FR	0
SatO2	0
OS	0
T	0
PAS	1
FC	0
EC	0
TOTAL NEWS	1

<b>Ações Tomadas</b>	Fluidoterapia 1L. Admitido diretamente em sala de emergência. Monitorização contínua.
----------------------	---

<b>Alternativas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Manter rotinas de monitorização do NEWS com todo o conjunto de observações,</li><li>Tratar de acordo com as manifestações,</li><li>Escalonamento clínico pode não ser necessário, no entanto deve imperar o julgamento clínico,</li><li>Assegurar a avaliação urgente por uma equipa com competências endoscópicas e em doente crítico, que inclua também um especialista em via aérea avançada,</li><li>Admitir o doente diretamente no serviço mais adequado, sala de emergência ou UCI,</li><li>Manter monitorização contínua até intervenção definitiva.</li></ul>
---------------------	--

De uma forma geral, as alterações propostas são feitas com o intuito de evitar transferências desnecessárias, até porque os períodos de transporte dos doentes são períodos frágeis, e para que o doente obtenha o tratamento que necessita o mais rapidamente possível.

Como já foi referido anteriormente, a identificação precoce de doentes em alto-risco e a identificação das suas necessidades futuras é essencial para os transferir adequadamente, proporcionar uma intervenção hospitalar atempada e gerir os recursos disponíveis.

O caso um é o reflexo de um doente com alto risco de mortalidade nas primeiras 24h, que foi triado como laranja e encaminhado para uma sala de espera para ser observado, quando o ideal seria ele ter sido imediatamente observado por uma equipa médica com as competências necessárias para excluir o diagnóstico de sépsis ou, em caso positivo, iniciar atempadamente a terapêutica necessária. O ideal seria este doente ter sido admitido diretamente em cuidados intensivos porque o iria necessitar, evitando assim perda de tempo, sobrecarga do serviço de urgência e promovendo a gestão de recursos.

Não podemos esquecer que em doentes graves, o intervalo de tempo que vai entre a admissão, ao contato com o médico, ao diagnóstico e o início do tratamento deve ser o mais abreviado possível.

Nos casos dois e três, são o reflexo do que já foi mencionado, onde o facto de termos scores baixos, não significa que os doente estão livres de perigo. Eles espelham a importância do julgamento clínico, ou seja, que o profissional que o utiliza tenha os conhecimentos e competências necessárias para o implementar de forma segura, para a cumprir os objetivos para os quais foi desenhado, tal como os enfermeiros especialistas na área de doente crítico. É aqui que se enquadra o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica que, para além da sua área de atuação em múltiplos contextos, tem ainda um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, uma elevada capacidade de julgamento

clínico e de tomada de decisão relativamente a um campo de intervenção face aos processos de vida e aos problemas de saúde que se manifestam.

A enfermagem depara-se com responsabilidades acrescidas, com tomadas de decisão cada vez mais complexas e com a imposição de cuidados de saúde eficazes. Para dar resposta a estas solicitações é imperativo que se produzam conhecimentos aprofundados em domínios específicos de enfermagem.

## Conclusão

O reconhecimento precoce das alterações fisiológicas que precedem uma deterioração clínica cria a oportunidade de desencadear uma resposta clínica prioritizada prevenindo outcomes negativos.

Utilizar uma escala que seja válida tanto no ambiente pré hospitalar como intra-hospitalar permitiria não apenas monitorizar a qualidade das intervenções da equipa de emergência médica pré hospitalar, como também ser um catalisador para a observação rápida pela equipa médica da urgência, adicionando à triagem de Manchester, e monitorizando a evolução do doente ao longo da sua estadia no hospital. Seria uma ferramenta transversal a todo o acontecimento agudo que surgiu e ao qual se procura solucionar.

Após refletir sobre as evidências científicas, várias são as possibilidades de intervenção que podemos retirar deste instrumento. Pode ser utilizado para avaliação da qualidade de intervenção em contexto pré-hospitalar, podendo refletir a necessidade de ajustar protocolos ou medidas de intervenção. É uma linguagem comum e única para definir a gravidade de doentes quer em ambiente intra-hospitalar quer extra-hospitalar. A partir dela, podem ser criados fluxogramas de intervenção, que permitiria mais autonomia ao enfermeiro de pré-hospitalar, nomeadamente ao enfermeiro de SIV, sem retirar o seu julgamento clínico ou experiência profissional. Outro benefício deste score, que considero com extremo potencial, mas que ainda carece de bastante investimento de investigação, é ser um recurso para o encaminhamento, ou não, dos doentes e nos casos de risco elevado, admiti-los diretamente em UCI ou intermédias.

É importante que associado aos scores esteja associada uma resposta de intervenção pré-definida e em conformidade com os protocolos atuais do INEM e as recomendações internacionais, que assegurasse o tratamento pronto e atempado, devendo ser utilizado como um adjuvante na decisão clínica. O NEWS

tem a capacidade de permitir o planeamento das necessidades de recursos humanos de acordo com o grau de risco de deterioração identificado e também pode ser utilizado como um potente instrumento de investigação sobre o impacto das intervenções, qualidade de cuidados e resultados clínicos da sua utilização.

Durante a fase de implementação da NEWS no INEM poderia ser interessante avaliar as variações nos *outcomes* dos doentes após a implementação da NEWS. Por um lado, isoladamente, ou seja, em quê que a sua implementação melhorou os resultados das equipas pré-hospitalares, auditar o que pode ser melhorado ou alterado na gestão de recursos ou articulação dos cuidados e, por último, de uma forma mais extensa e em parceria com os hospitais de destino, poderia ser avaliado quais os ganhos, apenas com a implementação do NEWS, na mortalidade, tempo de hospitalização e admissão em UCI e quais os ganhos com a implementação do NEWS com uma política de escalonamento de cuidados e encaminhamento.

Uma atualização deste score tem vindo a ser estudada, o NEWS2, onde pretende melhorar a segurança para os doentes com insuficiência respiratória hipercápnica por sugerir um parâmetro de saturação de oxigénio em separado. (Hogdson, 2018).

É de ressaltar, uma vez mais, que o NEWS não deve substituir o julgamento clínico e que um score normal não impeça uma patologia grave, mas é consensual que o achado inesperado de um score alto deve motivar o aumento da priorização., é uma mais valia para a segurança dos doentes e deve permitir a construção de procedimentos de atuação baseados em protocolos de estratificação de risco, ativação de recursos e estabelecer as atividades relevantes a desenvolver de acordo com as pontuações obtidas.

## Referências Bibliográficas

1. Abbott, T.E.F.; Cron, N.; Vaid, N.; Ip, D.; Torrance, H. D.T.; Emmanuel, J. (2018). Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in- hospital mortality and critical care unit admission: A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, volume 27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>
2. Akbar, A., Shahzadi, S., Khurram, M., & Khar, H. B. (2016). Sofa score and outcome: Experience at a public sector hospital ICU. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*.
3. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) <https://www.safetyandquality.gov.au>,
4. Baines, E.; Kanagasundaram, N.S. (2008) Early warning scores. *BMJ*, volume 16. doi: <http://doi.10.1136/sbmj.0809320>
5. Bigham, B.L.; Chan, T.; Skitch, S.; Fox-Robichaud, A (2018). Attitudes of emergency department physicians and nurses toward implementation of an early warning score to identify critically ill patients: qualitative explanations for failed implementation. *Canadian Journal of Emergency*. doi: <http://doi.10.1017/cem.2018.392>
6. Bouch, D. C., & Thompson, J. P. (2008). Severity scoring systems in the critically ill. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, volume 8. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkn033>
7. Brown, L. H.; Hubble, M. W.; Cone, D. C. et al. (2009). Paramedic determinations of medical necessity: a meta-analysis. *Prehospital Emergency Care*, Volume. 13. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903120903144809>
8. Brown, R.; Warwick, J. (2001). Blue calls—time for a change? *Emergency Medicine Journal*, Volume 18. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Femj.18.4.289>

9. Calzavacca, P.; Licari, E.; Tee, A.; Egi, M.; Downey, A.; Quach, J. et al. 2010. The impact of Rapid Response System on delayed emergency team activation patient characteristics and outcomes-a follow-up study. *Resuscitation*, Volume 81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.09.026>
10. Challen, K.; Walter, D. (2010). Physiological scoring: an aid to emergency medical services transport decisions? *Prehospital and Disaster Medicine*, Volume 25. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X00008268>
11. Challen, K.; Walter, D. (2010). Physiological scoring: An aid to emergency medical services transport decisions? *Prehospital Disaster Medicine*, Volume 25. PMID: 20845317
12. Churpek, M.M.; Snyder, A.; Han, X.; Sokol, S.; Pettit, N.; Howell, M. D.; Edelson, D.P. (2016). qSOFA, SIRS, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the ICU Running title: Sepsis risk prediction outside the ICU. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. DOI: <http://doi.10.1164/rccm.201604-0854OC>
13. Conner, C. (2018). Evaluating the Impact of an Early Warning Scoring System in a Community Hospital Setting. Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection.
14. Ebarhimian, A. A.; Khalesi, N.; Mohamadi, G.; Tourdeh, M.; Naghipour, M. (2012) Transportation management in pre-hospital emergency with physiological early warning scores. *Journal of Health Administration*, Volume 15.
15. Ebrahimian AA, Khalesi N, Mohamadi G, Tourdeh M, Naghipour M. Transportation management in pre-hospital emergency whit physiological early warning scores. *J Health Adm* 2012
16. Ebrahimian AA, Shabanikiya HR, Khalesi N. The role of physiological scores for decision making in internal prehospital emergency situations. *HealthMed* 2012.

17. Ebrahimian, A.; Masoumi, G.; Jamshidi-Orak, R.; Seyedin, H. (2014) Physiological-social scores in predicting outcomes of prehospital internal patients. *Emergency Medicine International*. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/312189>
18. Ebrahimian, A.; Masoumi, G.; Jamshidi-Orak, R.; Seyedin, H. (2017) Development and Psychometric Evaluation of the Pre-hospital Medical Emergencies Early Warning Scale. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. DOI: [http://doi.10.4103/ijccm.IJCCM\\_49\\_17](http://doi.10.4103/ijccm.IJCCM_49_17)
19. Fullerton, J.N.; Price, C. L.; Silvey, N.E.; Brace, S.J.; Perkins, G.D. (2012) Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the pre-hospital environment? *Resuscitation*, Volume 83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.004>
20. Gök, R. G. Y.; Gök, A.; Bulut, M. (2018). Assessing prognosis with modified early warning score, rapid emergency medicine score and worthing physiological scoring system in patients admitted to intensive care unit from emergency department. *Emergency Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.06.002>
21. Grant, S., (2018). Limitations of track and trigger systems and the National Early Warning Score. Part 1- areas of contention. *British Journal of Nursing*, Volume 27. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.11.624>
22. Hodgson, L. E.; Congleton, J.; Venn, R.; Forniand, L. G.; Roderick, P. J. (2018) NEWS 2 – too little evidence to implement? *Clinical Medicine*, Volume 18. DOI: <http://doi.10.7861/clinmedicine.18-5-371>
23. Hoikka, M; LAnkimaki, S.; Ala-Kokko, T. I. (2016). Medical priority dispatch codes—comparison with National Early Warning Score. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Volume 24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0336-y>
24. Hoikka, M.; Silfvast, T.; Ala-Kokko, T.I. (2018) Does the prehospital National Early Warning Score predict the short-term mortality of

- unselected emergency patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Volume 26. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0514-1>
25. Jayasundera, R.; Neilly, M.; Smith, T. O.; Myint, P. K. (2018). Are Early Warning Scores Useful Predictors for Mortality and Morbidity in Hospitalised Acutely Unwell Older Patients? A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, Volume 7. DOI: <http://doi.10.3390/jcm7100309>
  26. Jones, D.; Mitchell, I.; Hillman, K.; Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, Volume 84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.01.013>
  27. Jones, M. (2012). NEWSDIG: the national early warning score development and implementation group. *Clinical Medicine*, Volume 12. DOI: <https://doi.0.7861/clinmedicine.12-6-501>
  28. Jouffroy, R.; Saade, A.; Ellouze, S.; Carpentier, A.; Michaloux, M.; Carli, P.; Vivien, B. (2017). Prehospital triage of septic patients at the SAMU regulation: Comparison of qSOFA, MRST, MEWS and PRESEP scores. *The American Journal of Emergency Medicine*. DOI: <http://doi.10.1016/j.ajem.2017.10.030>
  29. Kitahara, O.; Nishiyama, K.; Yamamoto, B.; Inoue, S.; Inokuchi, S. (2018). The prehospital quick SOFA score is associated with in-hospital mortality in noninfected patients- A retrospective, cross- sectional study. Plos one. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202111>
  30. Knapp, B. J.; Kerns, B. L.; Riley, I.; Powers, J. (2009). EMS-initiated refusal of transport: the current state of affairs. *Journal of Emergency Medicine*, Volume 36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.06.028>
  31. Lee, L.L.; Yeung, K.L.; Lo, W.Y.; Lau, Y.S.; Tang, S.Y.; Chan, J.T. (2008) Evaluation of a simplified therapeutic intervention scoring system (TISS-28) and the modified early warning score (MEWS) in predicting physiological

- deterioration during inter-facility transport. *Resuscitation*, Volume 76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.07.005>
32. Lee, Y. S.; Choi, J. W.; Park, Y. H.; Chung, C.; Park, D. I.; Lee, J. E.; Lee, H. S.; Moon, J.Y. (2018). Evaluation of the efficacy of the National Early Warning Score in predicting in-hospital mortality via the risk stratification. *Journal of Critical Care*, Volume 47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.07.011>
33. [Luis, L. \(2014\). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “ViEWS” e “NEWS” em Portugal.](#)
34. McGinley, A.; Pearse, R.M. (2012) A national early warning score for acutely ill patients. *Bmj*. Volume 345. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5310>
35. Mezomo J. C. (2001) Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos, Editora Manole. ISBN 9788520412633
36. Mulholland, S. A.; Gabbe, B. J.; Cameron, P. (2005). Is paramedic judgement useful in prehospital trauma triage. *Injury*, Volume 36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2005.07.010>
37. Olsson, T.; Lind, L. (2003). Comparison of the Rapid Medicine Score and APACHE II in nonsurgical emergency department patients. *Acad Emerg Med* Volume10. PMID: 14525735
38. Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, Nº35, 18 de Fevereiro de 2011. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124\\_2011\\_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf)
39. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, Nº123, 26 de Junho de 2015. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislaca>

[oOE/Regulamento\\_361\\_2015\\_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](#)

40. Ornato, J. P. (2009) Science of emergency medical dispatch. *Circulation*, Volume 21. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.855130>
41. Patterson, C.; Maclean, F.; Bell, C. et al. (2011). Early warning systems in the UK: variation in content and implementation strategy has implications for a NHS early warning system. *Clinical Medicine*, Volume 11. PMID: 22034697.
42. Pereira L. L., Galvão C. R., Chanes M. (2005) Administração Hospitalar, Instrumentos Para a gestão profissional, Edições Loyola. ISBN 851503011X
43. 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 [em linha]. RCP website. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk/resources/national-early-warning-score-news>
44. Shaw, J.; Fothergill, R.T.; Clark, S.; Moore, F. (2017). Can the prehospital National Early Warning Score identify patients most at risk from subsequent deterioration? *BMJ*. Volume 38. DOI: <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206115>
45. Shaw, J.; Fothergill, R.T.; Clark, S.; Moore, F. (2017). Can the prehospital National Early Warning Score identify patients most at risk from subsequent deterioration? *Emergency medicine journal*, Volume 34. DOI: <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206115>
46. Silcock, D.J.; Corfield, A.R.; Gowens, P. A.; Rooney, K.D. (2015). Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation*, Volume 89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.029>
47. Smith, G. B.; Prytherch, D. R.; Jarvis, S.; Kovacs, C.; Meredith, P.; Schmidt, P. E.; Briggs, J. (2016). A Comparison of the Ability of the Physiologic Components of Medical Emergency Team Criteria and the U.K. National Early Warning Score to Discriminate Patients at Risk of a Range of Adverse

- Clinical Outcomes. *Critical Care Medicine*, Volume 44. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002000>
48. Stafseth, S. K.; Grønbeck, S.; Lien, T.; Randen, I. & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, Volume 34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>
49. Subbe, C.P.; Davies, R.G.; Williams, E.; Rutherford, P.; Gemmell, L. (2003). Effect of introducing the modified early warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia*, Volume 58. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03258.x>
50. Tom E.F.; Abbott N. C.; Nidhi, V.; Dorothy, I.; Hew, D.T.; Torrance, J. E. (2018) Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission- A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, Volume 27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>
51. Zografakis-Sfakianakis, M.; De Bree, E.; Linardakis, M.; Messaritaki, A.; Askitopoulou, H.; Papaioannou, A., Aggouridakis, P. The value of the Modified Early Warning Score for unplanned Intensive Care Unit admissions of patients treated in hospital general wards. *International journal of nursing practice*. Volume 24. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12632>



## Apêndices



Apêndice 1 – Plano de sessão da apresentação “Aplicação da *Early Warning Score* em contexto pré-hospitalar”





CURSO DE Mestrado em Enfermagem  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGICA

**“Aplicação da Early Warning Score em contexto pré-hospitalar”**

Plano de Sessão					
<b>Atividade de Formação:</b> Aplicação da <i>Early Warning Score</i> em contexto pré-hospitalar		<b>Destinatários:</b> Enfermeiros do INEM e estudantes de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica			
<b>Local:</b> Delegação Regional do Norte	<b>Formadora:</b> Catarina Martins	<b>Data:</b> 5 de novembro de 2018	<b>Pré-Requisitos:</b> Enfermeiros em prestação de cuidados ao doente crítico em contexto pré-hospitalar	<b>Duração da Sessão:</b> 20 minutos	
<b>Público-alvo:</b> Enfermeiros do INEM e Alunos de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica					
<b>Objetivo Geral:</b> Apresentação de uma escala de reconhecimento precoce da deterioração clínica em contexto pré-hospitalar					
Fase	Objetivos	Conteúdos	Estratégias	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema, objetivos e metodologia	Enquadrar nas políticas de qualidade e segurança do doente.  Enquadrar o tema no curso e no estágio	Breve exposição	Computador, projetor-multimédia	2 min.
					4 min
					6 min
Desenvolvimento	Definir a ferramenta NEWS	Aplicar retrospectivamente a ferramenta em casos clínicos vivenciados, Discussão de resultados.  Enunciar as vantagens e limitações da ferramenta, Demonstrar a aplicação da ferramenta em extra-hospitalar, Apresentar a tabela de pontuação e níveis de risco.	Expositivo e ativo	Computador, projetor-multimédia	5 min.
					3 min.
					6 min
					2 min
Conclusão	Avaliar a sessão	Colocar questões aleatórias ao grupo			2 min
					3 min.
Conclusão	Avaliar a sessão	Colocar questões aleatórias ao grupo			2 min
					3 min.
					5 min.



Apêndice 2 - Apresentação Aplicação da *Early Warning Score* em contexto pré-hospitalar



# Aplicação do *National Early Warning Score* em contexto pré-hospitalar

Catarina Martins

Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho

*Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*  
*UC: Estágio Final e Relatório*

5 de Novembro de 2018

## Objetivos

- Contextualizar o tema,
- Aplicação do NEWS em casos clínicos,
- Propor intervenções adequadas,
- Refletir sobre potenciais utilidades do NEWS.



## Enquadramento do tema: Segurança do doente e Qualidade de serviços

A qualidade na prestação de cuidados de saúde existe perante um equilíbrio entre a diminuição do risco para o alvo dos nossos cuidados e a gestão dos recursos disponíveis.

(Mezomo, 2001)

{ 3 }

## Enquadramento do tema: Segurança do doente e Qualidade de serviços

Os cuidados especializados de enfermagem, à pessoa em situação crítica, têm como objetivo, entre outros, prever e detetar precocemente as complicações. Assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

(Regulamento nº124/2011, Ordem dos Enfermeiros).

{ 4 }

## Origem

- Hospitais britânicos detetaram falhas no reconhecimento da deterioração do estado clínico dos doentes e na incapacidade de resposta, contribuindo para graves problemas na segurança do doente.
- Em 2012, o *Royal College of Physicians of London*, recomendou a standardização nacional dos *Early Warning Scores*, dando então origem ao *National Early Warning Score*, NEWS.
- O objetivo deste movimento seria a diminuição da mortalidade e morbilidade

{ 5 }

## Track and Trigger Systems

- Base do NEWS,
- Uma ferramenta clínica que classifica observações fisiológicas e medições de parâmetros, com o intuito de desencadear uma resposta de escalada terapêutica (Hodgson, 2018),
- *Track* – a conversão dos parâmetros fisiológicos representativos do estado clínico do doente,
- *Trigger* – algoritmo de ações que guiam a ação de cuidado perante cada situação específica.

{ 6 }

## Vantagens

- Promover a segurança,
- Reconhecer precocemente o declínio clínico
- Promover uma tomada de decisão precoce
- Permitir desencadear um algoritmo de ações especializadas e ajustadas a cada situação clínica
- Representar uma ferramenta de prognóstico e de monitorização da qualidade dos cuidados,
- Permitir um acompanhamento da evolução do estado do doente,
- Possuir potencial para orientar modalidade de gestão.

[ 7 ]

## Limitações

- Baseiam-se essencialmente em parâmetros hemodinâmicos, e desconsideram os benefícios da metodologia ABCDE.
- Ignoram toda a avaliação da via aérea, esforço respiratório, sons, simetria da mobilidade torácica, característica do pulso, tempo de preenchimento capilar, débito urinário, temperatura, dor, glicemia, alterações cutâneas, entre outras.

[ 8 ]

# Limitações

Circunstâncias que podem inflacionar o score:

- Doentes com patologia pulmonar obstrutiva crónica,
- Doentes com suporte ventilatório
- Doentes que tenham sido submetidos a algum tipo de sedação.

Outra limitação é a sua inaplicabilidade a crianças (até aos 16 anos) e grávidas.

(RCP 2012)

[ 9 ]

# NEWS

## Chave: Reconhecimento precoce

O reconhecimento precoce da deterioração clínica, seguido por uma ação rápida e eficaz, pode minimizar os resultados adversos e diminuir o número de intervenções necessárias para estabilizar os doentes em risco (Calzavacca, 2010).

[ 10 ]

## NEWS

### Reconhecimento tardio

Contribui para a incidência de dano no doente, na progressão da gravidade de base da doença, no aumento da mortalidade e acarreta implicações financeiras e de recursos, como por exemplo, aumento da duração da hospitalização, aumento do internamento em UCI e admissões em UCI não planeadas (Conner, 2018).

[ 11 ]

## NEWS

### Extra-hospitalar

Utilizado para determinar quais os doentes que necessitam de uma admissão em cuidados intensivos, em risco de desenvolver eventos adversos durante a hospitalização ou estimar um índice de mortalidade (Kitahara, 2018 citando Fullerton 2012, Silcock 2015, Shaw 2017, Olsson 2003 e Baines 2008).

[ 12 ]

# NEWS

## Extra-hospitalar

- Grant (2018), alerta que os enfermeiros não devem confiar apenas no NEWS, mas devem usá-lo para apoiar seu julgamento clínico.
- O RCP, recomenda o seu uso como ferramenta facilitadora da comunicação do estado clínico do doente para com a unidade que o vai acolher.

[ 13 ]

# NEWS

## Extra-hospitalar

- A identificação precoce de doentes em alto-risco e a identificação das suas necessidades futuras é essencial para os transferir adequadamente, proporcionando uma intervenção hospitalar atempada e uma boa gestão dos recursos disponíveis.

[ 14 ]

# NEWS

## Extra-hospitalar – Decisão de transporte

- Atualmente, são os médicos que influenciam a decisão de transferência dos pacientes para as instituições de cuidados de saúde.
- Decisões não baseadas em evidências e principalmente enraizadas em dados subjetivos, no nível de educação e em experiências passadas (Mulholland 2005, Brown 2001 e 2009).

{ 15 }

# NEWS

## Extra-hospitalar – Decisão de transporte

- Transferências inadequadas podem deixar outros doentes desprotegidos enquanto deveriam ser transferidos para o hospital (Ebarhimian 2012).
- Até ao momento, ainda não existem ferramentas validadas que apoiem a tomada de decisão em relação à transferência de pacientes para o hospital (Challen 2010).

{ 16 }

# NEWS

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de Oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de consciência				Alerta (A)			Estímulo verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

( 17 )

# NEWS

NEWS Scores	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
Zero	Zero	Mínimo intervalo de 12h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter rotinas de monitorização do NEWS com todo o conjunto de observações.</li> <li>Tratar de acordo com as manifestações. Escalonamento clínico pode não ser necessário, no entanto deve imperar o julgamento clínico.</li> </ul>
1 - 4	Baixo Risco	Mínimo intervalo de 4-6h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar enfermeiro responsável do turno.</li> <li>Enfermeiro responsável do turno decide se é necessário aumentar a frequência de monitorização ou o escalonamento dos cuidados prestados.</li> <li>O doente pode ser tratado com antibióticos orais para casos de infeção com detecção precoce<sup>1</sup>.</li> </ul>
<b>RED Score</b> Quando um parâmetro individual pontua 3	Médio Risco	Mínimo intervalo de 4-6h ou aumentar para horário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiro informa equipa médica responsável de forma urgente.</li> <li>Para discutir com a equipa médica, ex: medicina geral, crise, terapia endovenosa no domicílio. Se fora da normalidade, escalar para cuidados secundários<sup>1</sup> em ambiente com possibilidade de monitorização.</li> </ul>
5 - 6	Médio Risco	Aumentar para horário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiro responsável pelo doente informa médico responsável de forma urgente.</li> <li>Avaliação urgente por um clínico com competências diferenciadas na avaliação de doentes críticos.</li> <li>Prestação de cuidados num ambiente com equipamentos de monitorização.</li> <li>Clinico determina de é necessário evoluir para cuidados secundários. Considerar administração de antibióticos por via parentérica, realizar análise urgente (ex: Hemograma, Ureia, Electroólitos, Velocidade de sedimentação, PCR e lactatos)<sup>1</sup>.</li> <li>Discutir com equipa de terapia endovenosa domiciliária, equipa de doenças infecciosas, contactar microbiologista, centro de cuidados urgentes ou equipa de crise<sup>1</sup>.</li> </ul>
≥ 7	Alto Risco	Monitorização contínua dos sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiro responsável informa equipe médica responsável pelo doente de forma imediata.</li> <li>Avaliação urgente por uma equipa com competências em doente crítico, cuidados intensivos que inclua também um especialista em abordagem avançada da via aérea.</li> <li>Considerar transferência para uma unidade de cuidados intensivos (nível 2 ou 3).</li> <li>Declarar estado de alerta para sépsis e considerar as ações que lhe estão associadas<sup>1</sup>.</li> </ul>

( 18 )

# NEWS

## Extra-hospitalar

### Doentes na categoria de baixo risco

- Têm maior probabilidade de alta do SU,
- Existe, ainda que baixa a incidência, doentes que morreram no SU, evidenciando que é uma ferramenta de apoio e não um inibidor da experiência profissional ou julgamento clínico (Shaw 2017).
- Poderia ser ponderado, de uma forma segura, o tratamento no domicílio, mas são necessários mais estudos (Shaw 2017)

[ 19 ]

# NEWS

## Validação para Portugal – 2014

- Para os indicadores internamento não planeado em UCI e morte vs. sobrevivência (24h) demonstrou um elevado poder discriminatório e preditivo.
- Considerado uma mais valia no contexto hospitalar português, permitindo a implementação de protocolos de atuação, aumentar a segurança dos doentes e diminuir a taxa de mortalidade, ao proporcionar uma intervenção antecipada.

[ 20 ]

Luis, 2014

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 1

Rendez-vous com bombeiros para um masculino na casa dos 81-90 anos que apresentava um quadro de dispneia no domicílio. À nossa chegada, o indivíduo encontrava-se com a cabeceira elevada, em franca dificuldade respiratória, com recurso aos músculos acessórios da respiração, face sudorética, extremidades cianosadas, já com oxigenoterapia em curso, capaz de completar algumas frases curtas. Com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Insuficiência Cardíaca Congestiva, no domicílio já fazia oxigenoterapia a 1,5l/min.

( 21 )

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 1

PF	Paciente A (22)
FR	3
SatO2	3
OS	2
T	0
PAS	0
FC	3
EC	3
<b>TOTAL NEWS</b>	<b>14</b>

Ações Tomadas
Doente recebeu terapêutica endovenosa (corticoterapia) e inalatória (broncodilatador) na ambulância, oxigenoterapia, transportado para SU da área. Triagem laranja. Monitorização contínua.

( 22 )

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 1

### Resposta clínica:

- Enfermeiro deve informar o CODU da gravidade do doente com o objetivo de o transferir o doente para o hospital mais adequado e garantir uma observação imediata à sua chegada
- Avaliação emergente por uma equipa com competências em doente crítico que inclua um especialista em via aérea avançada e em doenças infecciosas,
- Considerar admissão direta em cuidados intensivos,
- Garantir a prestação de cuidados num ambiente monitorizado,
- Declarar alerta para sépsis caso se justifique para que possa iniciar o tratamento adequado em tempo útil

{ 23 }

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 2

Pedido de apoio diferenciado, numa clínica, por suspeita de dissecação da aorta num masculino na casa dos 61-70 anos, dor muito forte no peito a cerca de uma semana e que estava, na altura, a fazer MCDT's. Ao realizar ecocardiograma foi diagnosticada a dissecação.

Na avaliação não possuía qualquer comprometimento da via aérea, com um padrão ventilatório normal, perfil ligeiramente hipertensivo, sem alterações tensionais entre o membro superior direito e o esquerdo, consciente, orientado e sem défices, sem dor no momento, posição de conforto é a sentado. Com antecedentes de tumor cerebral benigno que não soube especificar, a medicação habitual seria pela descrição um inibidor da produção da prolactina.

{ 24 }

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 2

PF	Paciente B (28)
FR	0
SatO2	0
OS	0
T	0
PAS	0
FC	0
EC	0
<b>TOTAL NEWS</b>	<b>0</b>

Ações Tomadas	
	Controle tensional. Admitido em sala de emergência. Monitorização contínua.

( 25 )

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 2

### Resposta clínica:

- Enfermeiro deve informar o CODU do potencial de gravidade do doente e garantir uma observação imediata à sua chegada.
- Manter a monitorização do NEWS e todo o conjunto de observações, tratar de acordo com as manifestações,
- Escalonamento clínico em função do julgamento clínico,
- Assegurar a avaliação urgente por uma equipa com competências cirúrgicas e em doente crítico, que inclua também um especialista em via aérea avançada,
- Admitir o doente diretamente no serviço pré-cirúrgico mais adequado, UCI ou intermédios,
- Manter monitorização contínua.

( 26 )

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 3

Ativados para uma hemorragia digestiva alta no domicílio num masculino na casa dos 61-70 anos. Na avaliação não possuía qualquer comprometimento da via aérea, com um padrão ventilatório normal, normotenso, pálido, com episódio de hematemeses presenciado, com perda de cerca de 500-800 ml de sangue, consciente, orientado e sem défices. Com antecedentes de diabetes mellitus, varizes esofágicas e cirrose hepática. A sua medicação habitual era os antidiabéticos orais.

( 27 )

## Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 3

PF	Paciente C (2)
FR	0
SatO2	0
OS	0
T	0
PAS	1
FC	0
EC	0
<b>TOTAL NEWS</b>	<b>1</b>

<b>Ações Tomadas</b>	
	Fluidoterapia I.L. Admitido diretamente em sala de emergência. Monitorização contínua.

( 28 )

# Aplicação retrospectiva da NEWS em casos clínicos – Caso 3

## Resposta clínica:

- Enfermeiro deve informar o CODU do potencial de gravidade do doente e garantir uma observação imediata à sua chegada.
- Manter rotinas de monitorização do NEWS e observações,
- Tratar de acordo com as manifestações,
- Escalonamento clínico pode não ser necessário, no entanto deve imperar o julgamento clínico,
- Assegurar a avaliação urgente por uma equipa com competências endoscópicas e em doente crítico, que inclua também um especialista em via aérea avançada,
- Admitir o doente diretamente no serviço mais adequado, sala de emergência ou UCI,
- Manter monitorização continua até intervenção definitiva.

[ 29 ]

## Conclusão

- Permite o reconhecimento precoce da deterioração clínica.
- Ao estar validado em ambiente extra e intra-hospitalar permite uma monitorização transversal da evolução do doente e avaliação das medidas implementadas.
- Útil como adjuvante na decisão clínica mas não substitui o julgamento clínico.
- Um score normal não é impeditivo de uma situação grave, um score alto deve motivar o aumento da priorização.

[ 30 ]

## Conclusão

- É uma mais valia para a segurança dos doentes e deve permitir a construção de procedimentos de atuação baseados em protocolos de estratificação de risco, ativação de recursos e estabelecer as atividades relevantes de acordo com as pontuações obtidas.
- Pode vir a ser estudado como um recurso para: o encaminhamento dos doentes, a admissão direta em UCI e a não necessidade de transporte para o hospital.

{ 31 }

## Conclusão

Durante a fase de implementação da NEWS no INEM poderia ser útil:

- ① Avaliar as variações nos resultados no estado de saúde dos doentes,
- ② Avaliar quais os parâmetros apresentaram melhorias,
- ③ Auditar oportunidades de melhoria na gestão de recursos ou articulação dos cuidados,
- ④ Em parceria com os hospitais de destino, avaliar qual o impacto na mortalidade, tempo de hospitalização e admissão em UCI.

{ 32 }

# Referências Bibliográficas

- Abbott, T.E.F.; Cron, N.; Vaid, N.; Ip, D.; Torrance, H. D.T.; Emmanuel, J. (2018). Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission: A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, Volume 27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>
- Akbar, A., Shahzadi, S., Khurram, M., & Khar, H. B. (2016). Sofa score and outcome: Experience at a public sector hospital ICU. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) <https://www.safetandquality.gov.au>.
- Baines, E.; Kanagasundaram, N.S. (2008) Early warning scores. *BMJ*, Volume 16. DOI: <http://doi.10.1136/sbmj.0809320>
- Bigham, B.L.; Chan, T.; Skitch, S.; Fox-Robichaud, A. (2018). Attitudes of emergency department physicians and nurses toward implementation of an early warning score to identify critically ill patients: qualitative explanations for failed implementation. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. DOI: <http://doi.10.1017/cem.2018.392>
- Bouch, D. C., & Thompson, J. P. (2008). Severity scoring systems in the critically ill. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, Volume 8. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkn033>
- Brown, L. H.; Hubble, M. W.; Cone, D. C. et al. (2009). Paramedic determinations of medical necessity: a meta-analysis. *Prehospital Emergency Care*, Volume 13. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903120903144809>
- Brown, R.; Warwick, J. (2001). Blue calls—time for a change? *Emergency Medicine Journal*, Volume 18. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Femj.18.4.289>
- Calzavacca, P.; Licari, E.; Tee, A.; Egji, M.; Downey, A.; Quach, J. et al. 2010. The impact of Rapid Response System on delayed emergency team activation patient characteristics and outcomes—a follow-up study. *Resuscitation*, Volume 81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.09.026>
- Challen, K.; Walter, D. (2010). Physiological scoring: an aid to emergency medical services transport decisions? *Prehospital and Disaster Medicine*, Volume 25. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X00008268>
- Challen, K.; Walter, D. (2010). Physiological scoring: An aid to emergency medical services transport decisions? *Prehospital Disaster Medicine*, Volume 25. PMID: 20845317
- Churpek, M.M.; Snyder, A.; Han, X.; Sokol, S.; Pettit, N.; Howell, M. D.; Edelson, D.P. (2016). qSOFA, SIRS, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the ICU Running title: Sepsis risk prediction outside the ICU. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. DOI: <http://doi.10.1164/rccm.201604-0854OC>
- Conner, C. (2018). Evaluating the Impact of an Early Warning Scoring System in a Community Hospital Setting. Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection.

33

# Referências Bibliográficas

- Hodgson, L. E.; Congleton, J.; Venn, R.; Forniani, L. G.; Roderick, P. J. (2018) NEWS 2 – too little evidence to implement? *Clinical Medicine*, Volume 18. DOI: <http://doi.10.7861/clinmedicine.18-5-371>
- Hoikka, M.; Lankimaki, S.; Ala-Kokko, T. I. (2016). Medical priority dispatch codes—comparison with National Early Warning Score. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Volume 24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0336-v>
- Hoikka, M.; Silfvast, T.; Ala-Kokko, T.I. (2018) Does the prehospital National Early Warning Score predict the short-term mortality of unselected emergency patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Volume 26. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0514-1>
- Jayasundera, R.; Neilly, M.; Smith, T. O.; Myint, P. K. (2018). Are Early Warning Scores Useful Predictors for Mortality and Morbidity in Hospitalised Acutely Unwell Older Patients? A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, Volume 7. DOI: <http://doi.10.3390/jcm7100309>
- Jones, D.; Mitchell, I.; Hillman, K.; Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, Volume 84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.01.013>
- Jones, M. (2012). NEWSDIG: the national early warning score development and implementation group. *Clinical Medicine*, Volume 12. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-6-501>
- Jouffroy, R.; Saade, A.; Ellouze, S.; Carpentier, A.; Michaloux, M.; Carli, P.; Vivien, B. (2017). Prehospital triage of septic patients at the SAMU regulation: Comparison of qSOFA, MRST, MEWS and PRESEP scores. *The American Journal of Emergency Medicine*. DOI: <http://doi.10.1016/j.ajem.2017.10.030>
- Kitahara, O., Nishiyama, K.; Yamamoto, B.; Inoue, S.; Inokuchi, S. (2018). The prehospital quick SOFA score is associated with in-hospital mortality in noninfected patients—A retrospective, cross-sectional study. *Plos one*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202111>
- Knapp, B. J.; Kerns, B. L.; Riley, I.; Powers, J. (2009). EMS-initiated refusal of transport: the current state of affairs. *Journal of Emergency Medicine*, Volume 36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.06.028>
- Lee, L.L.; Yeung, K.L.; Lo, W.Y.; Lau, Y.S.; Tang, S.Y.; Chan, J.T. (2008) Evaluation of a simplified therapeutic intervention scoring system (TISS-28) and the modified early warning score (MEWS) in predicting physiological deterioration during inter-facility transport. *Resuscitation*, Volume 76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.07.005>
- Lee, Y. S.; Choi, J. W.; Park, Y. H.; Chung, C.; Park, D. I.; Lee, J. E.; Lee, H. S.; Moon, J.Y. (2018). Evaluation of the efficacy of the National Early Warning Score in predicting in-hospital mortality via the risk stratification. *Journal of Critical Care*, Volume 47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.07.011>
- Luis, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal.
- McGinley, A.; Pearse, R.M. (2012) A national early warning score for acutely ill patients. *Bmj*. Volume 345. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmi.e5310>

34

# Referências Bibliográficas

- Mezomo J. C. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos*, Editora Manole. ISBN 9788520412633
- Mulholland, S. A.; Gabbe, B. J.; Cameron, P. (2005). Is paramedic judgement useful in prehospital trauma triage. *Injury*, Volume 36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2005.07.010>
- Olsson, T.; Lind, L. (2003). Comparison of the Rapid Medicine Score and APACHE II in nonsurgical emergency department patients. *Acad Emerg Med* Volume10. PMID: 14525735
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, Nº35, 18 de Fevereiro de 2011. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124\\_2011\\_competenciasespecificenfessoosituaocritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoosituaocritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, Nº123, 26 de Junho de 2015. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_361\\_2015\\_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Ornato, J. P. (2009) Science of emergency medical dispatch. *Circulation*, Volume 21. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.855130>
- Patterson, C.; Maclean, F.; Bell, C. et al. (2011). Early warning systems in the UK: variation in content and implementation strategy has implications for a NHS early warning system. *Clinical Medicine*, Volume11. PMID: 22034697.
- Pereira L. L., Galvão C. R., Chanes M. (2005) *Administração Hospitalar, Instrumentos Para a gestão profissional*, Edições Loyola. ISBN 851503011X
- 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 [em linha]. RCP website. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk/resources/national-early-warning-score-news>

35

# Referências Bibliográficas

- Shaw, J.; Fothergill, R.T.; Clark, S.; Moore, F. (2017). Can the prehospital National Early Warning Score identify patients most at risk from subsequent deterioration? *BMJ*. Volume 38. DOI: <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206115>
- Shaw, J.; Fothergill, R.T.; Clark, S.; Moore, F. (2017). Can the prehospital National Early Warning Score identify patients most at risk from subsequent deterioration? *Emergency medicine journal*, Volume 34. DOI: <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206115>
- Silcock, D.J.; Corfield, A.R.; Gowens, P. A.; Rooney, K.D. (2015). Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation*, Volume 89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.029>
- Smith, G. B.; Prytherch, D. R.; Jarvis, S.; Kovacs, C.; Meredith, P.; Schmidt, P. E.; Briggs, J. (2016). A Comparison of the Ability of the Physiologic Components of Medical Emergency Team Criteria and the U.K. National Early Warning Score to Discriminate Patients at Risk of a Range of Adverse Clinical Outcomes. *Critical Care Medicine*, Volume 44. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002000>
- Stafseth, S. K.; Grønbeck, S.; Lien, T.; Randen, I. & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, Volume 34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>
- Subbe, C.P.; Davies, R.G.; Williams, E.; Rutherford, P.; Gemmill, L. (2003). Effect of introducing the modified early warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia*, Volume 58. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03258.x>
- Tom E.F.; Abbott N. C.; Nidhi, V.; Dorothy, I.; Hew, D.T.; Torrance, J. E. (2018) Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission- A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, Volume 27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>
- Zografakis-Sfakianakis, M.; De Bree, E.; Linardakis, M.; Messaritaki, A.; Askitopoulou, H.; Papaioannou, A., Aggouridakis, P. The value of the Modified Early Warning Score for unplanned Intensive Care Unit admissions of patients treated in hospital general wards. *International journal of nursing practice*. Volume 24. DOI: <https://doi.org/10.1111/inj.12632>

36

# Muito Obrigada

catarina\_c\_martins@hotmail.com

[ 37 ]

Apêndice II - Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”**

Estudante: Catarina da Cruz Martins  
Sob orientação de: Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto, Dezembro de 2018



## Índice

1. Introdução .....	153
2. A Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas .....	155
3. Conclusão .....	159
4. Referências Bibliográficas .....	161
Apêndices.....	165
Apêndice I - Projeto do estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas” .....	167
Apêndice 2 – Pedidos de Autorização .....	173
Apêndice 3 – UCI de portas abertas. Questionário e consentimento dos participantes.	177



## I. Introdução

Os doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos, encontram-se num período de particular vulnerabilidade, cercados por incertezas, sejam elas sobre a sua sobrevivência ou eventuais sequelas. Aqui, a equipa de enfermagem enfrenta o desafio de ajudar o doente e a sua família durante este período de transição.

Providenciar cuidados fundamentais, independentemente do estado clínico ou do contexto institucional, consiste em providenciar cuidados físicos, fisiológicos e relacionais que deem resposta às necessidades individuais dos doentes. Estes cuidados são essenciais para reduzir o dano, otimizar a recuperação e assegurar que o doente possa ter uma experiência positiva (Minton et al., 2018). A evidência existente sugere que as instituições devem adotar o modelo flexível ou aberto de horário de visitas, de forma a melhorar os índices de qualidade de vida do doente e da sua família.

Dar resposta às necessidades detetadas reduz a taxa de resultados negativos. É neste sentido, que surge o presente projeto, no âmbito do IIº Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Sustenta-se no trabalho já desenvolvido pelo serviço na área da família e enquadra-se nas *Guidelines* emitidas em 2007, pelo Colégio Americano de Medicina Intensiva, que visam práticas clínicas que providenciem suporte à família.

O presente trabalho tem como objetivos a contextualização do tema, a reflexão sobre o benefício do horário aberto de visita nas unidades de cuidados intensivos e propor um estudo piloto intervenção. A metodologia adoptada foi a descritivo-reflexiva, com recurso a pesquisas bibliográficas para fundamentação teórica.

Após esta breve introdução, define-se o conceito de uma “Unidade de cuidados Intensivos de portas abertas”, quais são os seus benefícios, qual o ponto de vista do doente, dos familiares e dos enfermeiros e concluímos a parte teórica do projeto. Concluímos com a transformação da parte teórica na parte prática, sob forma de projeto para um estudo piloto, que se encontra em apêndice, que será alvo de análise para implementação.



## **2. A Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas**

No imaginário coletivo, o primeiro pensamento remete-as para a imagem de uma estrutura fechada, com acesso limitado tanto no nível temporal, físico e relacional. Estas unidades têm sido difamadas e reduzidas à opinião pública de que é um local onde se fazem procedimentos desumanos com recurso à alta tecnologia. Para quem lá trabalha, ou para quem conhece a realidade de trabalho destes locais, sabe que esta opinião é demasiado redutora e que o trabalho de enfermagem nestes locais é muito intenso (Burchardi, 2002).

A admissão em cuidados intensivos ocorre perante um evento que coloque a vida em perigo e geralmente envolve incerteza quanto à perspectiva de sobrevivência do doente ou eventuais sequelas. Coloca todos os intervenientes, doente, família e profissionais de saúde, numa situação de stress, provocada pela incerteza do resultado e das perspectivas futuras (Agard & Lomborg, 2010). Nestas situações a interação entre os intervenientes pode ser posta em causa, traduzindo-se por má comunicação e insatisfação, particularmente pelos membros da família e sobre a frequência de visita (Hart et al. 2013).

A população admitida em cuidados intensivos é constituída pelos doentes mais críticos do hospital e enfrentam um ambiente hostil separados de todos aqueles que conhece e ama, por políticas restritivas de visita. Restringir os horários de visita nestes locais não é atencioso, nem compassivo, nem necessário. Os doentes referem sentimentos de ansiedade, depressão, isolamento e solidão, podendo se prolongar após a alta. Daí a presença da família ser considerada fundamental (Quinio et al. 2002, Azoulay et al. 2005, Nelson et al. 2001).

### O conceito

O conceito que está subjacente à “UCI de portas abertas” é a redução racional, ou abolição, de restrições temporais, físicas e relacionais. A dimensão temporal é representada pela liberalização das políticas de visita, permitindo uma presença maior dos familiares (Giannini 2007). A dimensão física passa pela superação das barreiras que são impostas ao contacto físico entre os familiares e os doentes (Giannini 2010). A dimensão relacional, existe nas ligações estabelecidas entre a equipa e os familiares, onde se espera que cresça num clima de confiança (Burchardi 2002).

Permitir que a família visite o doente a qualquer altura, concede resposta às mais importantes necessidades da família e do doente, contribuindo para a satisfação com os serviços de saúde, potenciando melhorias na recuperação do doente, refletindo-se em ganhos para a saúde (Fumagalli, 2005).

É um tema discutido desde 1984, mas a sua difusão teve somente lugar na última década, com a introdução de *Guidelines* dedicadas ao suporte dos familiares em cuidados intensivos e com

a tendência para uma abordagem mais humana e personalizada no atendimento ao doente (Davidson 2007, Vincent 2010).

Cappellini (2014), durante a sua revisão de literatura, onde procurou descrever o estado atual das políticas internacionais de horários de visita reportou que, a percentagem mais alta de unidades abertas encontra-se na Suécia, cerca de 70%, os Estados Unidos 32%, França 23% e o Reino Unido 20%, enquanto que Itália possui a taxa mais baixa, de 1% (Quinio 2002, Knutsson 2004, Berti 2007, Lee 2007, Lautrette 2007, Hunter 2010).

#### Os Benefícios:

O modelo da “ UCI de portas abertas” é possível e benéfico para os doentes, familiares e profissionais. O sucesso da sua implementação passa por um processo de aprendizagem, participação, formação e mudança de atitudes e comportamentos. Após a leitura de vários artigos, foi possível fazer uma compilação dos benefícios deste modelo de visita (Gonzalez 2004, Livesay et al. 2005, Sims & Miracle 2006, Hinkle & Fitzpatrick 2011, Obringer et al. 2012, Al-Mutair et al. 2014, Riley 2014, Associação Americana de Enfermeiros Críticos de Cuidados 2015 e Wong et al. 2015). Sendo eles:

- Presença da pessoa de suporte 24 horas por dia,
- Redução de complicações,
- Melhor comunicação entre família e equipa,
- Diminuição da ansiedade, confusão e agitação dos doentes e das famílias,
- Diminuição da ocorrência de delírio,
- Aumento da satisfação do doente e das famílias,
- Permite ainda dar resposta às necessidades das famílias,
- Permite conhecer os profissionais de saúde,
- Transmite que a equipa do hospital se interessa e cuida do paciente, que está presente, atenta às suas necessidades e que o mantém em segurança.

#### O Doente

Uma parte essencial da saúde de um indivíduo é o fator social da família e outras pessoas significativas. O doente precisa tanto dos cuidados de enfermagem como da presença da família para enaltecer a sua saúde (Leske, 1998). Assim, quando um doente é admitido em cuidados intensivos a sua saúde é, novamente, posta em causa. Ele deve ser visto num sistema integral de relacionamentos interdependentes (Hart et al., 2013). A privação do fator social provoca uma taxa de sofrimento extremamente elevada, contribuindo para múltiplos efeitos deletérios, culminando num atraso da recuperação, apontando má qualidade dos cuidados prestados.

Os resultados de um estudo descritivo norte-americano, realizado em 2004, onde se analisou a perspectiva do doente quanto aos horários abertos de visita, mostraram o valor do apoio emocional dado pelos familiares durante os períodos de visita e como esse apoio ajuda os doentes a compreender melhor a sua situação clínica. Gonzalez 2004

### Os Familiares

Quando têm um ente querido internado, os familiares sentem necessidade de os proteger. Proteção essa que passa por se manterem vigilantes em relação à sua evolução clínica. Vigiar implica estar o mais perto possível para sentir alívio, estar presente para saber o que se passa, para observar alterações e a interação com os profissionais de saúde (Plakas et al. 2013). Eles proporcionam ajuda e apoio muito importantes, mas precisam de poder ficar presentes (Gonzalez, 2004) e representam uma parte essencial da saúde de cada pessoa, são componentes-chave de muitas dimensões relacionadas com a cura (Cappellini, 2014).

Aos membros da família, são lhes solicitadas tomadas de decisão sem precedentes (McAdam, 2009). O que lhes pode provocar sintomas físicos e psicológicos. Para além disso, têm ainda, de ajustar as suas obrigações pessoais e laborais aos horários de visita (Calle 2016). A título de comparação, num estudo onde se estudaram 40 familiares de doentes admitidos em cuidados intensivos, aos quais foi aplicada a *Acute Stress Disorder Scale*, revelou que obtiveram uma classificação quase tão alta quanto os doentes admitidos em unidades psiquiátricas por stress pós-traumático (Auerbach, 2005).

A necessidade que as famílias referiram com mais frequência a partir de uma pesquisa realizada em 2000, utilizando o Inventário de Necessidades Familiares para Cuidados Críticos numa UCI da Bélgica, foi a de estarem informados e tranquilizados (Bijttebier 2001). Descrevem ainda, a espera pela visita como um sentimento de impotência. De uma forma geral, preferem ter acesso aberto à visita, mas compreendem a necessidade dos profissionais terem tempo para as suas rotinas de cuidados ou procedimentos, ainda assim anseiam por opções e flexibilidade (Riley, 2014).

### Os Enfermeiros

Os enfermeiros reconhecerem a importância da visita aberta, mas destacam a importância, dos hospitais e serviços, implementarem estratégias que facilitem este novo conceito, minimizando o seu impacto. Estratégias essas que apoiem o enfermeiro na gestão do trabalho adicional e do stress associado ao atendimento das necessidades do doente e da sua família. Entre elas, a formação e treino dos elementos, aumento dos níveis de confiança, papéis dedicados a ajudar as famílias e dar recursos aos enfermeiros (Monroe 2017). Outra estratégia é a capacitação

dos profissionais em estratégias de comunicação para diminuir a taxa de conflitos laborais que muitas vezes advêm de uma má comunicação e que geram desgaste nos profissionais e têm um impacto negativo no bem-estar dos doentes e familiares (Hart 2013, Calle 2016).

Os enfermeiros compreendem e reconhecem os benefícios da visita familiar e acreditam que envolver e compartilhar informações com as famílias é uma parte essencial e natural do atendimento (Kean & Mitchell 2013, Mutair et al. 2013, Athanasiou et al. 2014, Riley et al. 2014).

Perante estas políticas, os enfermeiros ocupam um papel importante determinando quando é, ou não, deletério a presença da família (Agard & Lomborg, 2010 e Davidson et al., 2016). Vários são os estudos que demonstram a importância do enfermeiro especialista para o sucesso destes programas de visitas. Eles têm um trabalho muito importante na redução do desgaste da equipa de enfermagem, alívio da carga de trabalho e no aumento da sua satisfação laboral ao ajudar na gestão das famílias, desde o primeiro dia, no acolhimento, nas reuniões familiares e em casos de famílias difíceis, podendo abordar individualmente as necessidades de cada família (Hart et al. 2013, Riley et al. 2014, McConnel e Moroney 2015). Os enfermeiros também devem ter outros recursos disponíveis, caso as estratégias anteriores não sejam bem-sucedidas, incluindo o *debriefing* e o aconselhamento (Riley et al. 2014, Schofield 2016).

Num estudo correlacional descritivo, foram realizados questionários a 143 enfermeiros de cuidados intensivos de seis hospitais públicos em Atenas, onde o objetivo era explorar as crenças dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos gregas, sobre os efeitos da visitação nos doentes, familiares e profissionais, revelou que, 80% dos enfermeiros concordam que a presença da família reduz o tédio do paciente, aumenta a vontade do paciente de viver e fornece o apoio necessário (Athanasiou et al. 2014). Outro estudo demonstrou que 57,9% dos enfermeiros reconhecem o impacto positivo que a presença da família tem na evolução clínica (Mutair et al. 2013). Ainda, 85% acredita que a satisfação da família aumenta neste paradigma de visitas (Athanasiou et al. 2014, Chapman et al. 2016) e mais de 60% acreditam que melhora as relações entre enfermeiros e familiares (Soury-Lavergne et al. 2011).

Se não for implementado de uma forma coerente, o horário aberta de visita, vai aumentar a carga de trabalho dos enfermeiros e a resistência a estas políticas de visita (Ramos et al. 2013, Athanasiou et al. 2014, Sacco et al. 2015, Davidson 2016). A satisfação laboral dos enfermeiros, diminui o *turn-over* da equipa e melhora os resultados do doente (diminuição da incidência das úlceras de pressão, quedas e taxas de infeção), reduzindo os custos com a saúde (Montalvo 2007, Djukic et al. 2014), Riley et al. 2014, Monroe 2017).

### **3. Conclusão**

Em 2016, foram elaboradas algumas recomendações sobre cuidados centrados na família nas unidades de cuidados intensivos. Nelas, relativamente à presença da família nas unidades, sugere-se que os membros da família de doentes críticos devem receber uma presença familiar aberta ou flexível que dê resposta às necessidades do doente, ao mesmo tempo que se presta apoio aos profissionais e sejam dados reforços positivos aos mesmos para trabalharem em parceria com as famílias e melhorar a sua satisfação (Davidson 2016).

Os familiares valorizam a possibilidade de estarem fisicamente presentes e próximos dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos, e mostram-se insatisfeitos com as políticas de horário restritivo, adoptadas pela maior parte das instituições hospitalares.

O objetivo deste trabalho foi, recorrendo à bibliografia existente, demonstrar a necessidade de se refletir sobre as políticas atuais de visita e ponderar a possibilidade de as alterar. Com o apoio de estudos anteriores, espera-se conseguir uma implementação temporária deste tipo de visitas, analisando os efeitos que têm nos doentes, nos enfermeiros, o que seria necessário alterar, envolvendo a equipa em questão e ponderando se seria possível adoptá-lo definitivamente, monitorizando os índices de qualidade das famílias e dos enfermeiros da equipa.

A liberalização de políticas de visita continua a ser uma prioridade ética e deve ser projetada para atender às necessidades gerais do doente. Se nas pesquisas realizadas é demonstrado a vontade que as famílias têm em estarem presentes, por que não dar-lhes essa oportunidade? Se a atenção centrada na família e no paciente é um alvo ético elevado para os sistemas de saúde, políticas adequadas para apoiar a liberalização do horário de visita podem ser uma intervenção fundamental para atingir esse objetivo.



#### 4. Referências Bibliográficas

- Agård, A. & Lomborg, K. (2010). Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 20 (7-8) páginas 1106-1114 doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x>
- Al-Mutair, A. S.; Plummer, V.; Clerehan, R.; O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, Volume 19(3), páginas 135-144. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Auerbach, S. M.; Kiesler, D. J.; Wartella, J.; Rausch, S.; Ward, K. R.; Ivatury, R. (2005) Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, Volume 14(3), páginas 202-210. PMID: 15840894
- Azoulay, E.; Pochard, F.; Kentish-Barnes, N.; Chevret, S.; Aboab, J.; Adrie, C.; Annane, D.; Bleichner, G.; Bollaert, P. E.; Darmon, M.; Fassier, T.; Galliot, R.; Garrouste-Orgeas, M.; Goulenok, C.; Goldgran-Toledano, D.; Hayon, J.; Jourdain, M.; Kaidomar, M.; Laplace, C.; Larché, J.; Liotier, J.; Papazian, L.; Poisson, C.; Reignier, J.; Saidi, F.; Schlemmer, B.; FAMIREA study group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 171(9), páginas 987-994. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>
- Berti, D.; Ferdinande, P.; Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine* Volume 33(6), páginas 1060-1065. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0599-x>
- Bijttebier, P.; Vanoost, S.; Delva, D.; Ferdinande, P.; Frans, E. (2001) Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine*, Volume 27(1), páginas 160-165. PMID: 11280629
- Burchardi, H. (2002). Let's open the door! *Intensive Care Medicine*, Volume 28(10), páginas 1371-1372. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1401-8>
- Calle, G.H.; Martin, M. C.; Nin, N. (2016) Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Volume 29(1), páginas 9-13. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- [Cappellini, E.](#); [Bambi, S.](#); [Lucchini, A.](#); [Milanesio, E.](#) (2014) Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. [\*Dimensions of Critical Care Nursing\*, Volume 33\(4\), páginas 181-193.](#) doi: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000052>
- [Davidson, J. E.](#); [Aslakson, R. A.](#); [Long, A. C.](#); [Puntillo, K. A.](#); [Kross, E. K.](#); [Hart, J.](#); [Cox, C. E.](#); [Wunsch, H.](#); [Wickline, M. A.](#); [Nunnally, M. E.](#); [Netzer, G.](#); [Kentish-Barnes, N.](#); [Sprung,](#)

- [C. L.](#), [Hartog, C. S.](#); [Coombs, M.](#); [Gerritsen, R. T.](#); [Hopkins, R. O.](#); [Franck, L. S.](#); [Skrobik, Y.](#); [Kon, A. A.](#); [Scruth, E. A.](#); [Harvey, M. A.](#); [Lewis-Newby, M.](#); [White, D. B.](#); Swoboda, S., Cooke, C., Levy, M., Azoulay, E., Curtis, J. R. (2016) Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine, Volume 45(1)*, páginas 103-128. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Davidson, J. E.; Powers, K.; Hedayat, K. M.; Tieszen, M.; Kon, A. A.; Shepard, E.; Spuhler, V.; Todres, I. D.; Levy, M.; Barr, J.; Ghandi, R.; Hirsch, G.; Armstrong, D.; (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, Volume 35(2), páginas 605-622. doi: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
  - Fumagalli, S.; Boncinelli, L.; Nostro, A.; Valoti, P.; Baldereschi, G.; Bari, M.; Ungar, A.; Baldasseroni, S.; Geppetti, P.; Masotti, G.; Pini, R.; Marchionni, N. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation*, Volume 113(7), páginas 946-952. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537)
  - Giannini, A. (2007). Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiologica*, Volume 73(5), páginas 299-305. PMID: 17115012
  - Giannini, A. (2010). The “open” ICU: Not just a question of time. *Minerva Anestesiologica*, Volume 76 (2), página 89-90. Retrieved from: <http://ospedaleaperto.com/wp-content/uploads/2009/11/giannini-Minerva-Anestesiol-2010.pdf>
  - Gonzalez, C. E.; Carroll, D. L.; Elliott; J. S.; Fitzgerald, P. A.; Vallent, H. J. (2004) Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in complex care medical units. *American Journal of Critical Care*, volume 13(3), páginas 194-198. PMID: 15149052
  - [Hart, A.](#); [Hardin, S. R.](#); [Townsend, A. P.](#); [Ramsey, S.](#); [Mahrle-Henson, A.](#) (2013) Critical care visitation: nurse and family preference. *Dimensions of Critical Care Nursing*, Volume 32(6), páginas 289-299. doi: <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000434515.58265.7d>
  - Hinkle, J. L., Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perception of relatives, physicians and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 27(4), páginas 218-225. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.003>
  - Hunter, J. D.; Goddard, C.; Rothwell, M.; Ketharaju, S.; Cooper, H. (2010) A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia*, volume 65(11), páginas 1101-1105. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2010.06506.x>

- Knutsson, S. E.; Otterberg, C. L.; Bergbom, I. L.; (2004). Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Critical Care Nursing*, Volume 20, páginas 264-274. doi: <https://10.1016/j.iccn.2004.06.004>
- Lautrette, A.; Darmon, M.; Megarbane, B.; Joly, L. M.; Chevret, S.; Adrie, C.; Barnoud, D.; Bleichner, G.; Bruel, C.; Choukroun, G.; Curtis, R.; Fieux, F. (2007) A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, Volume 356(5), páginas 469-478. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
- Lee, M. D.; Friedenberg, A. S.; Mukpo, D. H.; Conray, K.; Palmisciano, A.; Levy, M. M. (2007) Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Critical Care Medicine*, Volume 35(2), páginas 497-501. doi: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254338.87182.AC>
- Leske, J.S. (1998). Treatment for family members in crisis after critical injury. *Advanced Critical Care Nursing*, Volume 9(1), páginas 129-139. PMID: 9505579
- Livesay, S.; Gillima, A.; Mokracek, M.; Sebastian, S.; Hickey, J. V. (2005). Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care units. *Journal of Nursing Care Quality*, Volume 20(2), páginas 182-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200504000-00015>
- McAdam, J. M.; Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, Volume 18(3), páginas 20-209. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2009252>
- Minton, C.; Batten, L.; Huntington, A. (2018). The impact of a prolonged stay in the ICU on patients' fundamental care needs. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 27(11-12), páginas 2300-2310. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14184>
- Monroe, M.; Wofford, L. (2017) Open visitation and nurse job satisfaction: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 26(23-24), páginas 4868-4876. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13919>
- Nelson, J. E.; Meier, D. E.; Oei E. J.; Nierman, D. M. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, Volume 29(2), páginas 277-282. doi: [10.1097/00003246-200102000-00010](https://doi.org/10.1097/00003246-200102000-00010)
- Obringer, K.; Hilgenberg, C.; Booker, K. (2012). Needs of adult family members in intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 21(11-12), páginas 1651-1658. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>
- Plakas, S.; Taket, A.; Cant, B.; Fouka, G.; Vardaki, Z. (2013). The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. *British Association of Critical Care Nurses*, Volume 19(5), páginas 243-254. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12054>

- Quinio, P.; Savry, C.; Deghelt, A.; Guilloux, M.; Catoire, J.; Tinténiac, A. (2002). A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Medicine*, Volume 28(10), páginas 1389-194. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1402-7>
- Riley, B. H., White, J., Graham, S., Alexandrov, A. (2014) Traditional/ Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patient's Family Members, Physicians and Nurses. *American Journal of Critical Care*, volume 23(4), páginas 316-324. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014980>
- Vincent, J. L.; Singer, M.; Marini, J. J.; Moreno, R.; Levy, M.; Matthay, M. A.; Pinsky, M.; Rhodes, A.; Ferguson, N. D.; Evans, T.; Annane, D.; Hall, J. B. (2010) Thirty years of critical care medicine. *Critical Care*, Volume 14(3), páginas 311-319. doi: <https://doi.org/10.1186/cc8979>
- Wong, P.; Liamputtong, P.; Koch, S.; Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interaction with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 31(1), páginas 51-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>

## **Apêndices**



Apêndice 1 - Projeto do estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”



## **Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”**

### **Informações sobre o projeto**

Título: Projeto para estudo piloto para a implementação da “Unidade de Cuidados Intensivos de portas abertas”

### **Investigador principal**

Catarina da Cruz Martins

### **Orientação**

Prof. Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto

### **Justificação e pertinência**

A opinião dos profissionais de saúde, relativamente a este modelo de visita, ainda é bastante díspar, facto que é transversal às várias classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. Num extremo encontram-se os mais resistentes a esta evolução, noutro, os que compreendem e reconhecem os benefícios da visita familiar para o doente crítico, como parte essencial e natural do atendimento ao doente.

Os Enfermeiros, representam os elementos da equipa multidisciplinar que passam mais tempo junto do doente. Por esse motivo, e pelo facto deste projeto surgir no contexto do Mestrado de Enfermagem com especialização em Médico-Cirúrgica, serão eles o alvo de atenção neste projeto. Assim sendo, nesse grupo, os motivos, da resistência evidenciados em estudos são variáveis e relacionam-se essencialmente com: conhecimentos desatualizados sobre a influência que o horário e a presença da família tem para a recuperação do doente, pelo receio das solicitações familiares e pela necessidade de personalizar o atendimento.

Considerando as experiências de outros países, com taxas elevadas de unidades abertas, e considerando o trabalho até agora desenvolvido pelo hospital no acolhimento dos familiares, é possível e oportuna a introdução deste modelo.

Esta filosofia de cuidados, promove ainda a satisfação com os cuidados prestados e reduz a ocorrência de sintomas na família.

## **População-alvo**

Enfermeiros que exercem funções de prestação de cuidados ao doente crítico, na Unidade Cuidados Intensivos Polivalente.

## **Objetivos**

### Objetivo Geral:

Obter um período experimental de “Unidade de cuidados intensivos de portas aberta”.

### Objetivos Específicos:

- Avaliar a sensibilidade que a equipa de enfermagem tem relativamente aos horários de visita através de um questionário,
- Apresentar um plano de intervenção para a implementação do horário aberto de visitas,
- Implementar, durante um período experimental de quinze dias, em consenso da equipa, o horário aberto de visitas,
- Reavaliar a sensibilidade da equipa de enfermagem, incidindo nas principais dificuldades,
- Monitorizar a variabilidade da satisfação das famílias,
- Identificar pontos de ajuste de acordo com os resultados obtidos,
- Promover atitudes positivas face a presença da família em horários de visita aberta.
- Manter apoio permanente à equipa.

## **Metodologia**

Nível de Conhecimento: Estudo experimental, qualitativo e longitudinal com objetivo exploratório que teve como base uma pesquisa bibliográfica que o fundamenta.

Amostra: Amostra Não probabilística. Aplicação de um questionário a todos os enfermeiros do serviço que desempenham funções durante o período experimental.

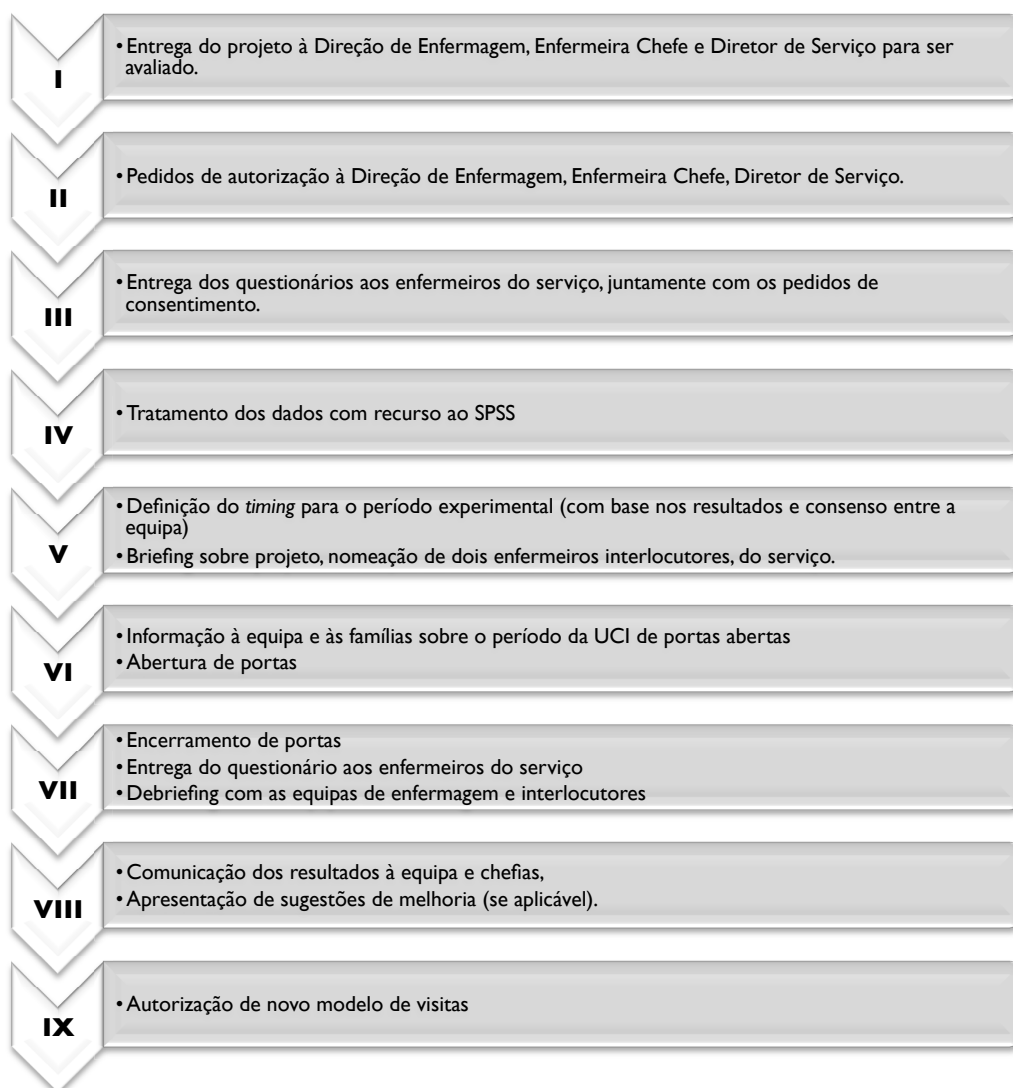
### Período e Duração:

O período experimental irá ser determinado juntamente com a equipa multidisciplinar com consenso da mesma, por esse motivo, o cronograma apresentado é provisório. Relativamente à duração do estudo, prevê-se um período de quinze dias.

O questionário foi desenvolvido em paralelo à análise dos artigos selecionados para a realização deste projeto, dando evidência aos pontos críticos, essenciais a serem monitorizados para o

sucesso desta implementação. Inicia com uma caracterização sociodemográfica dos participantes. Na segunda parte, irá ser avaliada a percepção que os enfermeiros têm quanto ao impacto do horário de visita na condição clínica do doente, a importância da família no processo de cuidar através da aplicação de uma escala de Likert. Por último, será avaliada a disponibilidade para a alteração do horário de visitas, com alargamento deste período, através de resposta aberta. Questionário esse que deverá ser aplicado uma semana antes do período experimental e uma semana após o término.

#### Organização da implementação do projeto:



#### **Resultados esperados**

- Adesão da equipa ao conceito de “Unidade de Cuidados Intensivos de Portas Abertas”,

- Construção de um modelo eficaz à realidade do serviço, com o envolvimento de toda a equipa,
- Melhoria do processo de comunicação entre os enfermeiros e os familiares,
- Melhoria dos níveis de satisfação dos doentes, familiares e profissionais de saúde,
- Produção de resultados inovadores em Portugal no contexto da visitação em unidades de cuidados intensivos.

### **Considerações éticas**

A recolha de dados será realizada de forma anónima e confidencial, com prévio consentimento, junto dos Enfermeiros que constituem a equipa, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados e dos participantes.

A recolha será realizada em suporte papel em envelope com atribuição de código, solicitando a entrega do mesmo em envelope fechado à Enfermeira Chefe ou Chefe de Equipa.

Saliento ainda que esta recolha de dados, e realização do projeto, não envolve qualquer alteração ao tratamento estabelecido para os doente, qualquer interferências com a prestação de cuidados e não terá qualquer repercussão para a equipa ou para o funcionamento da unidade, visto que se pretende que o preenchimento do questionário seja pós-laboral.

Os resultados obtidos, serão apresentados à equipa e academicamente, para o relatório final do curso de Mestrado com especialização em Médico-Cirúrgico, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

Por último, relativamente ao impacto financeiro, a realização deste estudo não trará qualquer tipo de custo associado.

### **Cronograma**

Cronograma provisório dependendo das respostas necessárias para o início do projeto.

	2019					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
<b>I</b>						
<b>II</b>						
<b>III</b>						
<b>IV</b>						
<b>V</b>						
<b>VI</b>						
<b>VII</b>						
<b>VIII</b>						
<b>IX</b>						

Apêndice 2 – Pedidos de Autorização



Exma. Enf.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, Exmo. Dr. \_\_\_\_\_

O meu nome é Catarina da Cruz Martins, sou enfermeira e encontro-me neste momento em estágio no seu serviço no contexto do plano de estudos do Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado pela Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

Durante este período gostaria de elaborar um estudo piloto, tendo como foco, o horário de visitas aos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, com o objetivo de evidenciar as vantagens de uma unidade aberta, com horários de visita livres. Para tal, numa primeira fase, gostaria de avaliar a sensibilidade e abertura à mudança da equipa de enfermagem para o tema citado previamente, através da aplicação de um questionário, para aferir a sensibilização da equipa face ao tema. O referido projeto tem como orientadora, a Prof. Doutora Patrícia Coelho.

Para que possa dar início a este trabalho, gostaria de solicitar a sua autorização e colaboração, para a recolha de dados, de forma anónima e confidencial, com prévio consentimento, junto dos Enfermeiros que constituem a sua equipa. A recolha será realizada em suporte papel em envelope com atribuição de código, solicitando a entrega do mesmo em envelope fechado à Enfermeira Chefe ou Chefe de Equipa.

Saliento ainda que esta recolha de dados, e realização do projeto, não envolve qualquer alteração ao tratamento estabelecido para os doente, qualquer interferências com a prestação de cuidados e não terá qualquer repercussão para a equipa ou para o funcionamento da unidade, visto que se pretende que o preenchimento do questionário será pós-laboral.

Certa que o seu contributo irá ajudar ao desenvolvimento deste estudo, agradecendo antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,  
Porto, 18 de Novembro de 2018  
Enf.<sup>a</sup> Catarina Martins

Pedido de autorização à Enfermeira Chefe do serviço:

Eu \_\_\_\_\_  
Enfermeira Chefe do serviço \_\_\_\_\_  
autorizo/ não autorizo a recolha de dados no âmbito do projeto de intervenção “UCI de portas abertas”.

\_\_\_\_\_  
(Enfermeira-Chefe)

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço:

Eu \_\_\_\_\_  
Diretor de Serviço da \_\_\_\_\_ autorizo/  
não autorizo a recolha de dados no âmbito do projeto de intervenção “UCI de portas abertas”.

\_\_\_\_\_  
(Diretor de Serviço)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Catarina da Cruz Martins)

Apêndice 3 – UCI de portas abertas. Nota introdutória, questionário aos enfermeiros, consentimento.





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**UCI de portas abertas**  
**- Questionário e consentimento dos participantes -**

Estudante: Catarina da Cruz Martins  
Sob orientação de: Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto, Janeiro de 2018

## **Nota Introdutória**

O meu nome é Catarina da Cruz Martins, sou Enfermeira e faço parte do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto. Neste contexto, gostaria de convidá-la(o) a participar no preenchimento do questionário que se segue, anonimamente, relativamente aos horários de visita da unidade de cuidados intensivos.

Os doentes precisam de apoio e de tranquilidade durante a sua hospitalização, algo que, apesar dos nossos esforços diários, apenas a família pode transmitir. Por sua vez, a família, sente necessidade de estar presente, algo por vezes incompatível com os horários convencionados pelo serviço. Ambos encontram-se num processo de transição e precisam do seu sistema de suporte para superar da melhor forma este período.

As visitas em cuidados intensivos discutem-se desde à 25 anos. Durante esse período são vários os estudos que relevam os benefícios de um horário aberto de visitas. No entanto, são escassas as unidades portuguesas que aceitaram este desafio de mudança, as que o fizeram, verificaram um aumento da satisfação com os cuidados de saúde prestados, melhoria da comunicação entre os enfermeiros e a família, diminuição de complicações, da ansiedade, da confusão e da agitação nos tanto nos doentes como até mesmo na família.

Uma unidade de cuidados intensivos de portas abertas, permite que os elementos das famílias, possam visitar os doentes a qualquer hora do dia. No acolhimento da família, são explicadas as rotinas do serviço, garantindo a diminuição de conflitos, o respeito pela privacidade e o respeito à intimidade de todos. Desta forma consegue-se um equilíbrio entre as necessidades dos doentes, das famílias e dos profissionais.

O questionário exposto destina-se a avaliar a percepção dos enfermeiros quanto ao impacto dos horários de visita no estado clínico do doente, a percepção quanto à importância da família no processo de cuidar, e por último, qual a disponibilidade relativamente à extensão dos horários de visita. A escolha de participar, ou não, é voluntária.

A investigadora assegura o total anonimato dos dados fornecidos. A recolha de dados irá ser feita em dois momentos. O primeiro no mês de Março e o segundo em Abril, após ações de sensibilização sobre a temática abordada. Os questionários ser-vos-ão entregues em mão, após os preencherem, devem ser devolvidos ao coordenador do turno que fará a entrega à enfermeira-chefe. Os resultados do estudo irão ser apresentados, academicamente, no relatório de estágio e comunicados a toda a equipa, no âmbito do estudo piloto que pretendo desenvolver, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor não hesite em contactar através do email [catarina\\_c\\_martins@hotmail.com](mailto:catarina_c_martins@hotmail.com).

### **Declaração de Consentimento Informado**

Reconheço que compreendi o estudo e estou esclarecidos de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação nesta recolha de dados, não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ ou desvantagens potenciais.

Fui ainda informada(o) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa não terá conseqüências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar, durante o preenchimento do questionário e após, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, suspender o preenchido do questionário sem ter de fornecer qualquer explicação.

Assim, declaro que aceito participar nesta recolha de dados, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo de cariz ético ou moral.

Enfermeira responsável pela recolha de dados:

---

(Catarina da Cruz Martins)

O participante:

---

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

<b>Questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros ao horário de visitas</b>						
<b>Parte I</b>						
Idade: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino						
Experiência Profissional (anos): _____						
Experiência em UCI (anos): _____						
Habilitações Académicas: _____						
(Se mestrado, doutoramento ou pós-graduações, por favor indique a área)						
<b>Parte II</b>						
Leia atentamente cada item e assinale qual a opção que melhor corresponde ao que pensa.						
	Item	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente	Não aplicável
<b>Percepção sobre o impacto dos horários de visita no estado clínico do paciente</b>						
1.	O horário de visita tem impacto na evolução do estado clínico do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	O tempo de visita influencia os parâmetros vitais do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Alterações nos horários de visitas traduzem-se em ganhos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Percepção sobre o horário de visita atual</b>						
4.	Penso que os horários de visita são os ideais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	A gestão dos horários de visitas é um dos pontos importantes para a qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Os horários de visita deviam ser mais curtos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Os horários de visita deviam ser mais longos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Os horários de visita deviam ser livres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	O horário atual permite-me uma organização adequada dos cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Percepção sobre a importância da família no processo de cuidar</b>						
10.	A família é um dos focos importantes para a recuperação do doente crítico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Sinto-me à vontade com a família presente no serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Os doentes precisam de mais tempo com os familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	A gestão do horário de visita influencia a gestão de conflitos com a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Disponibilidade para alteração do horário de visitas</b>						
14.	Consigo imaginar o meu serviço com uma política de “UCI de portas abertas”, sem horários de visita pré definidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Uma política de “UCI de portas abertas” enquadra-se no meu ideal de prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Apêndice III - Questionário de avaliação da percepção das reuniões de acompanhamento familiar na UCI



<b>QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DAS REUNIÕES DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA UCI</b>						
<p>A sua resposta às seguintes questões permitirão melhorar cada vez mais, o cuidado prestado aos familiares dos doentes internados no nosso serviço.</p> <p>A nossa preocupação é prestar os melhores cuidados, não apenas aos doentes, mas também à sua família, pelo que a sua colaboração é para nós muito importante.</p> <p>Este Questionário é de natureza <b>confidencial e anónima</b>.</p> <p style="text-align: right;"><b>Muito obrigado pela sua colaboração.</b></p>						
<b>Preencha as seguintes informações para nos ajudar a conhecer um pouco sobre si e o seu grau parentesco com o paciente.</b>						
Questionário						
Qual é o seu grau de parentesco?						
Qual é a sua idade?						
Qual é o seu género?		<input type="radio"/> Masculino		<input type="radio"/> Feminino		
				Sim		Não
Vive com o paciente?				<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Em caso de resposta negativa, com que frequência vê, em média, o paciente						
Vive na mesma localidade que o hospital?				<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Anteriormente a este acontecimento mais recente, já teve algum familiar numa UCI (Unidade de Cuidados Intensivos)?				<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<b>Leia atentamente cada item e assinale qual a opção que melhor corresponde ao que pensa.</b>						
	Item	Concordo Totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo Totalmente
1.	Estes momentos formais de reunião com os profissionais de saúde são muito importantes para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Estas reuniões respondem às minhas expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Os assuntos abordados ajudaram-me a ficar mais esclarecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Percebo a informação que os profissionais me transmitem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Os profissionais dão tempo para colocar perguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Estas reuniões têm a duração necessária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	O local destas reuniões é adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	De quanto em quanto tempo gostaria de fazer estas reuniões?	_____				
9.	O que gostaria de ter abordado e não houve oportunidade?	_____ _____ _____ _____				
<b>O seu questionário termina aqui. Muito obrigada pela sua colaboração.</b>						

**Por favor entregue este questionário em mão, ou coloque-o na caixa que se encontra na entrada da unidade.**