



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção
precoce da sépsis na pessoa em situação crítica**

Alexandra Maria Vitorino Silveira



**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção
precoce da sépsis na pessoa em situação crítica**

Orientador: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do
Nascimento

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela sua constante disponibilidade, orientação e estímulos, pela partilha de todo o seu saber e pela exigência e rigor que pautaram todo este percurso.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio pela disponibilidade e partilha de conhecimento, em especial ao enfermeiro Carlos pela motivação constante.

À Cátia, à Carina e à Elisabete por todos os momentos de partilha, entreaajuda e companheirismo.

À minha família e amigos pelo apoio, incentivo e motivação.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MEWS - Modified Early Warning Score

NAS - Nursing Activities Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

FOUR - Full Outline of Unresponsiveness

PSC - Pessoa em Situação Crítica

qSOFA - quick Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

RASS - Richmond Agitation and Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SU - Serviço de Urgência

SSC - Surviving Sepsis Campaign

SCCM - Society of Critical Care Medicine

SDMO - Síndrome de Disfunção de Múltiplos Órgãos

SOFA - Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment

SIRS - Systemic Inflammatory Response Syndrome

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

TSFR - Técnicas de Substituição da Função Renal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VV - Via Verde

VVS - Via Verde Sépsis

RESUMO

A sépsis representa um grave problema de saúde pública. Definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (Rhodes et al., 2016), torna-se imprescindível a sua identificação precoce e tratamento imediato e adequado, de forma a preservar as funções vitais da pessoa. O diagnóstico precoce da sépsis representa um grande desafio profissional, tanto pelo seu início insidioso, como pela possibilidade das suas manifestações clínicas poderem ser confundidas com outras patologias (Singer et al., 2016).

Face a esta problemática torna-se imperativo aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, nomeadamente no reconhecimento das alterações fisiológicas induzidas pela sépsis para que assim possa existir tratamento adequado e precoce. Para o tratamento da sépsis estão preconizadas um conjunto de intervenções, que se realizadas numa fase precoce da doença contribuem para reduzir a morbimortalidade da pessoa. Sendo a pessoa em situação crítica mais propensa a desenvolver sépsis, o enfermeiro deve identificar precocemente a sua deterioração fisiológica.

Este relatório de estágio representa a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com sépsis ou suspeita de sépsis, assim como a análise e reflexão das atividades realizadas com vista a alcançar os objetivos definidos. Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura acerca da prevenção e identificação precoce da sépsis e realizados dois estágios. No serviço de urgência consolidei competências no cuidar da pessoa em situação de sépsis ou suspeita de sépsis, especificamente na identificação da situação e sua abordagem inicial. Na unidade de cuidados intensivos, desenvolvi competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis. Este caminho, permitiu-me contribuir para incrementar cuidados de enfermagem na prevenção e deteção precoce da sépsis.

Palavras-chave: intervenções de enfermagem; pessoa em situação crítica; sépsis; controlo de infeção; identificação precoce.

ABSTRACT

Sepsis represents a serious public health problem. Defined as a potentially fatal organ dysfunction caused by a deregulated response to the infection by its host (Rhodes et al., 2016), its premature identification and immediate and adequate treatment is crucial, in order to preserve the vital functions of the patient. The premature diagnosis of sepsis represents a big professional challenge, not only because of its insidious beginning, but also due to the fact that its clinical manifestations may be mistaken with other pathologies (Singer et al., 2016).

Faced with this problem, it is vital to deepen the knowledge on the disease's physiopathology, namely on the recognition of the physiological modifications induced by sepsis so that a timely and adequate treatment is possible. For the treatment of sepsis, several interventions are recommended, which, if done at an earlier stage of the disease, contribute to the reduction of the patient's morbidity and mortality. Being the critical patient more prone to develop sepsis, the nurse should be able to identify his/her physiological deterioration at an early stage.

This internship report represents an analysis of the trajectory of acquisition and development of specialized competences regarding nursing care on the critical patient with sepsis, or with suspected presence of sepsis, as well as the reflection that has been done having the proposed goals in mind. In that sense, a literature review about the prevention and early identification of sepsis has been done, as well as two internships. On the Emergency Service, I reinforced my competences regarding nursing care on the patient with sepsis, or with suspected presence of sepsis, namely on the identification of the situation and its initial approach. On the Intensive Care Unit, I developed competences regarding nursing care on the person/family experiencing complex processes of critical disease and/or organ failure in the presence or suspected presence of sepsis.

This path allowed me to contribute to the incrementation of nursing care on the prevention and earlier detection of sepsis.

Keywords: nursing interventions; critically ill patients; sepsis; infection control; early diagnosis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. Problemática da sépsis	19
1.2. Referencial Teórico em Enfermagem	24
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
2.1. Estágio I - Serviço de Urgência	31
2.2. Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos	54
2.3. Atividades contínuas de desenvolvimento profissional.....	67
2.4. Atividades de investigação e disseminação de conhecimento	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

ANEXOS

ANEXO I - Certificados de atividades contínuas de desenvolvimento profissional

APÊNDICES

APÊNDICE I - Apresentação da Escala Modified Early Warning Score

APÊNDICE II - Apresentação da comunicação “A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O mesmo tem como finalidade a descrição e análise crítica e reflexiva do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências durante a realização dos estágios no decorrer do terceiro semestre.

Todo o percurso desenvolvido teve por base os objetivos e as competências do CMEPSC da ESEL (ESEL, 2010), em concordância com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

O CMEPSC tem como objetivos: formar peritos na área de especialização em enfermagem que participem na produção de novo conhecimento; desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados em saúde; exercer influencia sobre a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem e cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática (ESEL, 2010).

O estágio foi realizado em dois contextos clínicos, Serviço de Urgência Geral Polivalente (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) no período entre 23 de Novembro de 2020 e 26 de Março de 2021, num total de 500 horas. A finalidade do estágio centra-se na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas enquanto futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem na área da pessoa em situação crítica.

Pretende-se ainda que sejam adquiridas e desenvolvidas competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência de órgão em contexto de SU e UCI, mais especificamente em situação ou suspeita de sépsis.

A temática por mim desenvolvida foi a intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Enquanto profissional, exerço funções numa UCI que admite e trata pessoas com diversas patologias, entre as quais a sépsis. Constata-se que uma elevada percentagem das pessoas admitidas chegam numa fase avançada da doença, o que

me levou a questionar quais as intervenções de enfermagem que podem ter impacto na prevenção e detecção precoce da sépsis contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade da mesma. Assim, este percurso foi iniciado com uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que visa responder à seguinte questão: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a prevenção e detecção precoce da pessoa com sépsis em Unidade de Cuidados Intensivos ou Serviço de Urgência?”.

Verificamos que, apesar de todos os avanços alcançados na medicina, a sépsis continua a ser um grave problema de saúde pública (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) bem como permanece elevado o número de doentes internados em UCI com esta patologia, sendo que o reconhecimento e o tratamento da sépsis e do choque séptico continuam a ser um problema complexo e desafiador, com uma taxa de mortalidade persistentemente alta (Sterling et al., 2016).

Perante esta problemática, torna-se imperioso que o enfermeiro desenvolva competências nesta área, nomeadamente na prevenção e detecção precoce da sépsis (Branco et al., 2020). É importante lembrar que formar a equipa, por meio da aplicação das melhores práticas, é fundamental para otimizar os resultados relacionados ao tratamento da sépsis (Winterbottom, 2012).

Assim, para que fosse possível a aquisição e desenvolvimento de competências, tivemos por base referenciais teóricos de Florence Nightingale, Afaf Meleis e Patrícia Benner e foram realizados estágios no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, nomeadamente com sépsis ou suspeita de sépsis, cooperando na formação dos pares com ações de formação consideradas pertinentes pela equipa de enfermagem.

A perspetiva dinâmica e evolutiva, visando a qualidade dos cuidados prestados, descrita por Benner (2001), estabelece que para a aquisição e desenvolvimento de competências são necessários nos sucessivos níveis de mestria: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, e remete-nos para a importância da experiência prática conjugada com o domínio das capacidades. Estas aptidões revelam-se fundamentais ao reconhecimento precoce da pessoa com sépsis e, conseqüentemente, para o seu tratamento precoce e adequado. Segundo a mesma autora, a prática é uma forma de obter conhecimento, e a excelência da prática clínica exige ação e raciocínio.

A definição de objetivos possibilita obter a direção do que se deseja fazer, servindo como guia para uma seleção apropriada das estratégias e metodologia a utilizar, permitindo uma avaliação mais objetiva. Definir objetivos significa estruturar, de forma consciente o processo educacional de modo a proporcionar mudanças de pensamento, ações e condutas (Ferraz & Belhot, 2010).

Os objetivos indicam os resultados que se pretende alcançar e podem incluir diferentes níveis, partindo do mais geral e progredindo até ao mais específico (Ruivo et al., 2010). Desta forma, para que fosse possível o desenvolvimento de competências estabelecido, delineei como objetivo geral, desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência de órgãos em contexto ou suspeita de sépsis, em UCI ou SU.

Da mesma forma, defini os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a equipa multidisciplinar, conhecer a organização e a dinâmica de funcionamento de um SU/UCI;
- Prestar cuidados à PSC/família em contexto de SU/UCI;
- Desenvolver competências na prevenção e deteção precoce da sépsis e conhecer a dinâmica e funcionamento da Via Verde Sépsis (VVS), intervindo nas diferentes fases de cuidados;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC/família em situações de emergência multivítimas ou catástrofe /pandemia.

Em suma, nos vários contextos, o centro dos cuidados à PSC inclui a vigilância e identificação de focos de instabilidade fisiológica que ameaçam a vida, intervindo na sua estabilização e recuperação.

O enfermeiro deve possuir competências no cuidar da PSC de forma a alcançar os objetivos definidos e a melhorar os resultados. Nesta medida, deverá diagnosticar e gerir situações de emergência e risco de vida, identificando, vigiando, priorizando e intervindo de forma pronta e precoce de modo a prevenir complicações e manter a estabilidade das funções fisiológicas (Benner et al., 2001).

Estruturalmente, este relatório está organizado em dois capítulos principais. Um primeiro capítulo que contempla o enquadramento teórico, onde é abordada a problemática da sépsis e o referencial teórico de enfermagem utilizado. Um segundo capítulo onde é descrito o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências

nos diferentes contextos clínicos, assim como a sua reflexão crítica. Por último, são apresentadas as considerações finais, onde são evidenciados os principais contributos deste percurso de desenvolvimento de competências.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O século XIX foi marcado por descobertas revolucionárias no campo da microbiologia, as quais contribuíram para a prevenção das infeções hospitalares. Mas foi em 1847 que Ignaz Semmelweis publicou um trabalho que viria a confirmar definitivamente a hipótese da transmissão da infeção intra-hospitalar (Fontana, 2006). Com a evolução da tecnologia, os antimicrobianos foram sendo aperfeiçoados e o tratamento das doenças assumiu uma complexidade crescente, o que levou ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes que comprometem a segurança das pessoas hospitalizadas. Existem bactérias apenas sensíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento extraordinariamente difícil, pelo que emerge a necessidade de reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções potencialmente evitáveis, controlando assim, as infeções associadas aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

1.1. Problemática da sépsis

A sépsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção, sendo que a identificação precoce e o tratamento imediato e adequado melhoram os resultados alcançados (Rhodes et al., 2017).

Etimologicamente, o termo sépsis, deriva do grego *putrefaccion*, que significa estado de putrefação ou decomposição.

Em 2017, estimava-se que quarenta e nove milhões de pessoas tinham sido afetadas por sépsis e que aproximadamente onze milhões de mortes poderiam ter sido evitadas em todo o mundo. A mortalidade por sépsis está frequentemente relacionada com a qualidade dos cuidados abaixo do desejável, infraestruturas de saúde desapropriadas, medidas inadequadas de prevenção de infeção, diagnóstico tardio e tratamento inapropriado (World Health Organization, 2020).

A sépsis representa um grave problema de saúde pública e a sua incidência é comparável à do acidente vascular cerebral (AVC), do enfarte agudo do miocárdio (EAM), do tumor colorretal e do tumor da mama. Nos últimos anos, tem havido uma correlação entre o aumento de incidência da sépsis e o aumento de mortalidade, o

que é atualmente comparável à mortalidade por AVC e por EAM (DGS, 2017). Este aumento de incidência pode explicar-se pelo envelhecimento da população, pela maior longevidade de pessoas com doença crónica, pela crescente incidência de imunossupressão e ao recurso crescente a técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento. A gravidade dos casos de sépsis parece estar também a aumentar, sendo maior o número de pessoas que apresentam falência de um ou mais órgãos e sistemas. Se não for reconhecida precocemente e tratada imediatamente, pode levar a choque séptico, falência de múltiplos órgãos e morte. O choque séptico é definido como um subconjunto da sépsis em que existem profundas alterações circulatórias, celulares e metabólicas (Singer et al., 2016).

Em 1991, na Conferência de Consenso sobre Sépsis, sob o patrocínio do American College of Chest Physicians e da Society of Critical Care Medicine (SCCM), surgiu a primeira tentativa de sistematização dos critérios para um diagnóstico seguro, tendo sido proposto também, um novo termo – *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica) – SIRS – para designar o tipo de reação inflamatória sistémica que ocorre em pessoas sujeitas a agressões múltiplas, quer sejam de origem infecciosa ou não. Quando a SIRS é secundária à infeção, o diagnóstico é sépsis.

Em 2001, e em resposta à necessidade de uma revisão das definições de sépsis, foi realizada nova conferência (Levy et al., 2003). Segundo os critérios definidos, um quadro de SIRS teria de se manifestar por duas ou mais das seguintes condições: temperatura superior 38°C ou inferior a 36°C, frequência cardíaca superior a noventa batimentos por minuto, hiperventilação evidenciada por frequência respiratória superior a vinte ciclos respiratórios por minuto (ou PaCo₂ inferior a 32 mmHg) e contagem de leucócitos superior a 12.000 células/mm³ ou inferior a 4.000 células/mm³ ou mais de 10% de formas imaturas.

Em 2004, o International Sepsis Forum, a European Society of Critical Care Medicine e a SCCM lançaram a Surviving Sepsis Campaign (SCC) que recomendava o início do tratamento nas primeiras seis horas, sendo este intervalo de tempo crucial após o reconhecimento e diagnóstico da sépsis. Em 2018, foram definidas novas recomendações (Levy et al., 2018) que determinam que o início da ressuscitação e do tratamento na primeira hora após o diagnóstico é prioritário.

Em 2016, a SCCM e a European Society of Intensive Care Medicine promoveram uma nova conferência de consenso e publicaram as novas definições de sépsis, conhecidas como Sépsis 3 (Singer et al., 2016). O diagnóstico clínico de disfunção orgânica passou a basear-se na existência de dois ou mais pontos do *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), sendo que os critérios de SIRS deixaram de ser necessários para a definição. O SOFA é um índice de disfunção de órgão que avalia seis sistemas (respiratório, hepático, cardiovascular, renal, coagulação e estado de consciência), somente utilizado em UCI, pelo que a sua aplicação é controversa. O mais importante na situação de sépsis é o seu reconhecimento precoce e se o critério de diagnóstico for o SOFA, haverá um atraso no seu diagnóstico (Carneiro et al., 2016).

Neste contexto, todos os casos de sépsis devem ser considerados como doença grave, pelo que a definição de “sépsis grave” deve ser abolida. O choque séptico é definido como um subgrupo da sépsis, em que as pessoas apresentam acentuadas anomalias circulatórias, celulares e metabólicas, e, quando comparado à sépsis isoladamente, está associado a um maior risco de morte. Os critérios de diagnósticos de choque séptico são a necessidade de vasopressor para manter uma pressão arterial média acima de 65mmHg após a infusão adequada de fluidos, associada a nível sérico de lactato acima de 2mmol/L (Machado et al., 2016).

Adicionalmente, foi sugerido o uso de uma escala SOFA simplificada, denominada “*quick* SOFA” (qSOFA). Trata-se de uma ferramenta a ser utilizada à “beira do leito” para identificar rapidamente pessoas adultas com maior probabilidade de terem desfechos clínicos desfavoráveis, se apresentarem infeção. Esta, deve ser usada apenas para triagem, com a finalidade de identificar pessoas com doença graves e não como definição de sépsis, baseando-se em dados clínicos e não laboratoriais. Considera-se positiva a pessoa que apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos: frequência respiratória superior 22 ciclos respiratórios por minuto, alteração do estado de consciência ou pressão arterial sistólica inferior a 100 mmHg.

A sépsis é considerada uma das patologias mais desafiadoras. Se por um lado o início do quadro clínico se manifesta por alterações inespecíficas e subtis dos parâmetros vitais, tornando difícil o seu diagnóstico em estadios iniciais, por outro, a sua evolução, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode culminar num

conjunto de reações dramáticas e catastróficas, desenvolvidas pelo organismo, em resposta à invasão de micro-organismos patogénicos. Posto isto, é necessária uma avaliação rigorosa da pessoa, assim como, uma colheita minuciosa dos seus antecedentes clínicos.

Muitas vezes, tal como foi referido anteriormente, o reconhecimento da sépsis não ocorre em tempo útil. O seu início insidioso e a possibilidade de as manifestações clínicas poderem ser confundidas com outras patologias, pode atrasar o seu tratamento e fazer com que evolua para choque séptico e falência da homeostasia, potenciando o desenvolvimento da Síndrome de Disfunção de Múltiplos Órgãos (SDMO) e, com isto, resultar num aumento da morbilidade e numa redução substancial da taxa de sobrevivência.

Assim sendo e de modo a que o tratamento seja instituído de forma atempada, torna-se imperativo aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia desta doença, nomeadamente sobre o reconhecimento das alterações fisiológicas por ela induzidas. É, por isso, importante a existência de uma equipa multidisciplinar na qual o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida na prevenção, deteção precoce e controlo desta problemática.

Pela pesquisa bibliográfica efetuada pode-se afirmar inequivocamente que, para diminuir a morbilidade e mortalidade associada à situação de sépsis é essencial a intervenção terapêutica precoce e o controlo rápido e eficiente do foco infeccioso, pois só assim se torna possível preservar as funções vitais, como podemos verificar nas diretrizes do SSC (Rhodes et al., 2017).

Para o tratamento da sépsis está preconizado um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem a morbimortalidade. São elas, identificação e estratificação precoce das pessoas, com a consequente implementação atempada de estratégias terapêuticas, principalmente terapêutica antibiótica adequada e ressuscitação hemodinâmica guiada por objetivos.

A avaliação correta e a terapêutica precoce de pessoas com sépsis permitem não só a diminuição da mortalidade, mas também a redução substancial de custos. A prescrição antibiótica inadequada atinge 26% dos casos, sendo que é fator de risco para o aumento de mortalidade hospitalar (DGS, 2017).

Por cada hora de atraso na administração de antibioterapia apropriada à pessoa com sépsis grave ou choque séptico, há uma redução de 7,6% na

probabilidade de sobrevivência (Kumar, 2006). Estudos validados em Portugal, indicam que 22% a 24% dos internamentos em serviços de medicina intensiva são devidos a sépsis adquirida na comunidade. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38%, sendo que a mortalidade nas pessoas com choque séptico atingiu os 49-51% (Gonçalves-Pereira et al., 2014; Póvoa, et al., 2009) citado por (DGS, 2017). Em todo o mundo, a sépsis é uma das doenças fatais mais prevalentes. Nos países mais ricos, a sua incidência tem vindo a aumentar numa taxa anual de 8 a 13% (Silva & Souza, 2018).

Reconhecendo a relevância desta problemática, em 2010, a DGS emitiu uma circular normativa para a implementação da Via Verde Sépsis (VVS), o que comprova a importância do reconhecimento precoce e tratamento imediato, emitindo uma nova norma em 2016 com nova atualização em 2017 (DGS, 2017).

A sépsis pode desenvolver-se em ambiente comunitário, apresentando-se frequentemente como a deterioração clínica de infeções comuns e evitáveis. Não obstante, pode também resultar de infeções adquiridas em serviços de saúde, um dos eventos adversos mais frequentes durante a prestação de cuidados e que afetam centenas de milhões de pessoas em todo o mundo, a cada ano.

Sendo a PSC mais propensa a desenvolver sépsis, o enfermeiro deverá ser capaz de identificar precocemente a deterioração fisiológica da pessoa, de modo a intervir o mais atempadamente possível. Entende-se por PSC, aquela cuja vida está ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018).

Nesta medida, existem escalas com a finalidade de avaliar, de um modo acessível e sistemático, a condição de saúde da pessoa e orientar a resposta perante a situação de deterioração clínica. Estas escalas baseiam-se num sistema de pontuação de medidas fisiológicas obtidas no momento da admissão, ou em momentos de monitorização regular durante o internamento (Capan et al., 2015) citado por (Freitas et al., 2017). A *Modified Early Warning Score* (MEWS) é um exemplo e avalia vários itens da condição fisiológica da pessoa, nomeadamente a frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, frequência respiratória, temperatura, débito urinário, estado neurológico e saturação de oxigénio.

Adicionalmente, há consequências a longo prazo que se estendem muito para além do período de doença aguda, pelo que o impacto social desta síndrome não pode ser, somente, avaliado com base no número de mortes anuais; é igualmente importante identificar as sequelas a médio/longo prazo que se observam nos sobreviventes e que frequentemente condicionam necessidades acrescidas (Contrin et al., 2013).

Pelo exposto e no âmbito da função de vigilância (Benner, 2001), os enfermeiros têm a oportunidade e a responsabilidade de suspeitar de sépsis e iniciar o processo clínico. A educação sobre a identificação apropriada e o tratamento da sépsis e do choque séptico é necessária, de forma a identificar o nível de conhecimento da equipa e possíveis barreiras na implementação de intervenções, por forma a desenvolver estratégias que contribuam para aperfeiçoar o saber neste campo, de forma a ser efetuada uma deteção precoce e tratamento atempado, bem como promover a colaboração interprofissional, culminando assim, numa melhoria na qualidade do tratamento desta patologia (Burney et al., 2012).

1.2. Referencial Teórico em Enfermagem

A teoria oferece o que pode ser explicado e concretizado, mas a prática é sempre mais complexa e mais diversificada do que aquilo que se pode aprender pela teoria (Benner, 2001).

Sendo a qualidade em saúde definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão e que pressupõe a adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas; e não esquecendo que, a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética (Ministério da Saúde, 2015), preconiza-se que o cuidado de enfermagem deve ser sistematizado, baseado em fundamentação teórico-científica, a qual é indispensável na construção do processo de enfermagem. O uso de sistemas de classificação é, pois, determinante neste processo, dado que permite a padronização da linguagem dos enfermeiros (Silva & Souza, 2018). Não menos importante, são as reflexões que

devemos fazer sobre a nossa prática diária, sendo um importante contributo de desenvolvimento profissional.

Desde sempre que o homem se tem dedicado ao cuidado das pessoas, mas foi com Florence Nightingale, *The Lady With the Lamp*, que a enfermagem se estabeleceu como profissão, em que o tema central é o cuidar, dando importantes contributos no tratamento das pessoas, na medida em que, é importante os resultados obtidos, e esta, deve ser vista de forma holística, não esquecendo também o ambiente que a rodeia, pois é um importante fator que contribui para a sua recuperação.

A enfermagem é uma disciplina com saberes próprios que se foi construindo ao longo dos tempos, com um corpo específico de conhecimentos como alicerce para o seu exercício. Para responder a esta evolução, surgiram as teorias de enfermagem que contribuem para o fortalecimento da disciplina na medida em que atuam na promoção, tratamento e reabilitação da saúde e na prevenção da doença (Piccoli et al., 2015).

O conhecimento das teorias de enfermagem consolida-a como profissão e ciência, isto é, a articulação dos saberes teóricos com a prática profissional, promove a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Assim, o pilar teórico que sustenta esta problemática é o metaparadigma do ambiente de Florence Nightingale (Nightingale, 2005) e a importância que ela estabeleceu entre o ser humano e o ambiente, destacando o impacto que este pode ter na recuperação da pessoa. Para Nightingale, era prioritário o fornecimento de um ambiente estimulador no desenvolvimento da saúde.

Apesar das significativas mudanças nos cuidados de saúde, os contributos de Nightingale, ainda se mantêm atuais na prática de enfermagem em cuidados críticos (Munro, 2010). Nos vários desenvolvimentos, Nightingale preconizou uma avaliação sistematizada das condições ambientais no hospital onde desempenhou funções. Verificou, por exemplo, que a limpeza do ambiente tinha consequências diretas na morbidade e mortalidade dos enfermos. Com isto, podemos concluir, que quanto melhores forem as condições ambientais a que a pessoa está exposta, melhor será a sua recuperação. Ou seja, tanto a higienização do corpo como a do ambiente são peças fulcrais na recuperação da pessoa (Nightingale, 2005).

O ambiente inclui três componentes, físico, social e psicológico que se inter-relacionam e não podem ser entendidos isoladamente (Kagan, 2014). O ambiente

deve ser harmonizado pelos profissionais de enfermagem, os quais devem executar práticas seguras, fundamentadas na melhor evidência científica disponível e atualizada, e recorrer, sempre que possível, a materiais adequados e profissionais qualificados para interagir adequadamente com a pessoa e o meio ambiente (Dossey, 2010). Os cuidados de enfermagem devem ser prestados de forma holística e humanizada, incluindo, sempre que necessário, os meios tecnológicos disponíveis, preservando sempre os princípios básicos da teoria ambientalista (Couto et al., 2020).

Para Nightingale, as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela observação criteriosa da pessoa e do ambiente que a rodeia, dando especial atenção à separação das pessoas com maior gravidade que necessitam de uma monitorização rigorosa e cuidados mais diferenciados. A observação da pessoa é considerada fundamental e, uma vez que a doença assume particularidades diferentes em cada pessoa, os enfermeiros devem estar atentos e ser capazes de aplicar toda a sua sabedoria e poder de observação (Tomey & Alligood, 2004).

Para se proceder às tomadas de decisão, os enfermeiros recorrem ao raciocínio clínico, que é um processo deliberado que gera alternativas, tendo em conta a evidência e ajuda a escolher o mais adequado. O julgamento clínico exige interpretação e resposta adequada às necessidades da pessoa alvo de cuidados.

A tomada de decisão é uma competência fundamental ao desempenho clínico dos enfermeiros,

a prática de enfermagem em cuidados intensivos e em âmbito de doente crítico é um desafio intelectual e emocional, requerendo juízo clínico e respostas rápidas a condições de risco de vida onde não existe margem para erro. O desenvolvimento de conhecimentos especializados na prática de cuidados intensivos e em âmbito de doente crítico requer uma aprendizagem experiencial sob pressão e reflexão na ação e sobre a ação. A tomada de decisão, é assim um processo utilizado para avaliar e selecionar as melhores ações, de forma a conseguir os resultados desejados (Ribeiro, 2020, p.24).

O julgamento clínico é visto como uma atividade solucionadora de problemas, iniciando-se com a avaliação e diagnóstico de enfermagem, prosseguindo com o planeamento e implementação das intervenções de enfermagem direcionadas à resolução dos problemas diagnosticados e culminando na avaliação da eficácia das intervenções realizadas, desenvolvendo-se em diversas etapas (Tanner, 2006).

Durante todo este processo, é imprescindível que se tenha presente, que a pessoa a quem asseguro cuidados está a passar por um processo de transição, que pode envolver uma ou mais transições, pelo que as intervenções de enfermagem devem ser congruentes com as experiências únicas da pessoa e sua família, promovendo respostas saudáveis à transição e conseqüentemente à sua recuperação. As experiências de transição não são unidimensionais, cada transição é caracterizada por sua própria singularidade, complexidade e múltiplas dimensões (Meleis et al., 2000).

Este valor atribuído ao metaparadigma do ambiente e ao julgamento clínico, relaciona-se com a temática em estudo, corroborando intervenções de enfermagem formuladas tendo por base uma observação criteriosa, essenciais na prevenção e detecção precoce da infecção e conseqüentemente da sépsis.

Da mesma forma, torna-se essencial a valorização do conhecimento e dos recursos das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam durante as transições que experimentam, pois, “a enfermagem tem sido considerada como uma ciência preocupada e orientada para a compreensão e conhecimento da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que as alterações nos seus estados de saúde e as transições que experimentam lhes colocam” (Pereira, 2009, p.41).

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis, foi influenciada pelas ideias de Florence Nightingale. O conceito de enfermagem de Nightingale foi descrito por Meleis como incluindo o uso adequado de ar fresco, luz, calor, limpeza, silêncio, e a seleção e administração adequadas da dieta, tudo com o mínimo gasto de energia vital para a pessoa. A arte da observação foi identificada como uma função importante da enfermagem no modelo de Nightingale, sendo essa observação o que deveria formar a base da enfermagem.

As transições podem ser descritas por cinco propriedades: consciência; envolvimento; mudança e diferença; dinamismo temporal e pontos críticos. A consciência refere-se à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição por parte da pessoa. O envolvimento é determinado pelo nível de comprometimento que a pessoa demonstra nos processos inerentes à transição. A mudança é uma propriedade básica das transições, podendo esta estar relacionada a eventos críticos (Meleis et al., 2000).

As transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo, passando por um período de instabilidade e até alguma confusão, até um evento final ou período de estabilidade, sendo resultado de alterações organizacionais, desenvolvimentais, situacionais ou no estado de saúde das pessoas, como acontece na transição de saúde/doença, levando a um período de vulnerabilidade acrescida.

As transições, como refere Meleis devem ser consideradas um foco de enfermagem, visto que o enfermeiro assiste as pessoas e seus familiares na vivência das diversas situações de transição e no gerir a pluralidade de mudanças que essas situações ocasionam. Portanto, as transições são definidas como processos complexos abrangendo várias dimensões, que originam alterações na vida, saúde, relacionamentos e ambiente (Piccoli et al., 2015). Segundo a mesma autora, as transições ocorridas ao longo da vida implicam transformações individuais e conseqüentemente adaptação ao cuidado, sendo que, a saúde é o resultado de experiências de vida.

A inter-relação entre o homem e o meio ambiente, no sentido de interconectividade, seja interna ou externa, de modo a provocar uma relação de troca e evolução conjunta, dá ênfase à importância do meio ambiente no processo de transição de saúde/doença.

A saúde é considerada mais do que a ausência de doença, é a constante adaptação aos diversos contextos da vida, havendo um processo de transição quando ocorre desequilíbrio em algum desses elementos. O enfermeiro pode ser visto como um agente facilitador, contribuindo assim para que a transição se construa de forma saudável.

Desde Florence Nightingale, que o metaparadigma do ambiente é um pilar fundamental para a teoria de enfermagem, evoluindo ao longo dos tempos, de uma visão centrada nos aspectos biológicos, até visões mais atuais, como a que Meleis nos apresenta, não descurando a importância da interação entre enfermeiro e a pessoa, que se mostrem promotores da saúde, assim como, a realização de intervenções de enfermagem capazes de modificar ambientes de forma a se tornarem promotores da saúde e interações estabelecidas e as suas conseqüências em relação às transições e aos resultados das mesmas.

Apesar das várias escolas de pensamento existentes, todas, de uma forma ou outra, abordam os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem, sem descurar a avaliação dos resultados obtidos.

Tendo por base o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à PSC, o enfermeiro, maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Os cuidados de enfermagem à PSC e família enquanto cuidadora exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa e família/cuidadora alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidadora a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma prioridades entre as competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (OE, 2018).

Também o Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 107/2008, refere que, para a atribuição do grau de mestre é necessária a “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; ...Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p.3842).

Apesar da Enfermagem como profissão, ter surgido a partir do século XIX em Portugal, só em 1996, pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril (Ministério da Saúde, 1998), com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é definida a caracterização dos cuidados de enfermagem e das intervenções dos enfermeiros, clarificando conceitos, intervenções e funções autónomas e interdependes a realizar

pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais, assim como os seus direitos e deveres.

Tendo por base o REPE, torna-se importante a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários (artigo 5º alínea e), a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (artigo 5º alínea f) e o encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro (artigo 5º alínea d), não descurando também protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados (artigo 9º alínea c).

Para a concretização do desenvolvimento e aquisição de competências, torna-se necessário a realização de estágios. Nestes, deparamo-nos com situações reais e diferenciadas, sendo o que impulsiona o desenvolvimento de competências com mais qualidade, habilidade e segurança, articulando assim o conhecimento teórico com o ato vivenciado (Benito et al., 2012).

Para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências torna-se imprescindível a prática clínica, pois a prática e a teoria andam juntas, cada uma documentando a outra (Watson, 2002), sendo por isso necessário a realização de estágios em diferentes contextos de forma a aplicar o conhecimento teórico.

Cumprindo assim essa necessidade, como atrás referido, passamos a descrever o percurso por mim desenvolvido, no âmbito da formação para a aquisição do grau de mestre na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O meu percurso de desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica foi sedimentado em dois contextos, começando num SU polivalente, seguindo-se numa UCI que devido à pandemia que vivemos atualmente admitia exclusivamente doentes com infeção por SarsCov2, o que se tornou ainda mais desafiante.

Estes dois campos de estágio foram escolhidos na medida em que aí, eram alvo de intervenções doentes com sépsis, sendo enriquecedor o fato de poder participar na identificação precoce, mais presente no SU e na prevenção, mais prevalente na UCI.

De forma a atingir os objetivos a que me propus, usei recursos transversais aos dois contextos de estágios, sendo eles a pesquisa bibliográfica contínua de forma a orientar todas as minhas intervenções; a equipa de enfermagem e multidisciplinar residente e a consulta de normas e procedimentos vigentes em cada uma das unidades.

A análise conjunta com os enfermeiros orientadores de cada local de estágio permitiu-me adequar as atividades a desenvolver ao contexto real de forma a dar resposta ao meu processo de desenvolvimento de competências, favorecendo assim as diferentes aprendizagens.

Seguidamente apresento cada objetivo específico e as atividades desenvolvidas de forma a concretizar o mesmo, refletindo sobre cada uma delas e de que forma estas foram enriquecedoras em todo o processo de aprendizagem, pois, a reflexão apresenta-se como um instrumento vital para a aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

2.1. Estágio I - Serviço de Urgência

As “Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e as “Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.7).

Já em 1854, durante a guerra da Crimeia, Florence Nightingale, preconizava a separação das pessoas por níveis de gravidade. Procedia a avaliação dos seus sinais e sintomas para detetar precocemente deterioração do seu estado de saúde, pelo que alocava os soldados feridos com maior gravidade numa posição mais próxima do posto da enfermeira para que assim pudessem ter uma vigilância mais apertada (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, como se pode constatar na classificação da rede de SU, que determina a Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica o SU no qual realizei o meu primeiro estágio está classificado como polivalente, que é o “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência” (p.20674). Como é igualmente um centro de trauma com capacidade de “tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave” (p.20674), é esperado que haja uma grande afluência de pessoas em situação crítica, às quais se torna necessário prestar cuidados assentes em intervenções de grande complexidade. Face a esta realidade, o enfermeiro é sujeito a uma maior carga de trabalho e a prestação de cuidados é caracterizada por uma enorme diversidade no que se refere à tipologia de patologias e afeições que motivam a ida da pessoa assistida ao SU.

A gestão eficaz de prioridades, o domínio e conhecimento dos diversos instrumentos que auxiliam a tomada de decisão, são neste serviço requisitos fundamentais e para os quais há que desenvolver capacidade de resposta.

No SU é prestada assistência a pessoas com as mais diversas patologias e proveniências, em que por vezes eventos anteriores e história clínica/antecedentes pessoais não estão disponíveis ou não podem ser fornecidas pela pessoa alvo de cuidados devido ao seu estado clínico. Não obstante, atendendo a que não há limite para o número de pessoas que podem recorrer ao SU, a gestão dos recursos torna-se por vezes difícil, sendo por isso um ambiente de elevada imprevisibilidade, diferente da minha experiência em UCI, em que atuamos num ambiente mais controlado, com uma lotação definida de pessoas a cuidar.

Os cuidados de enfermagem assumem cada vez maior importância e são pautados por uma crescente exigência técnica e científica, sendo a especialização e a diferenciação uma realidade que abrange grande parte destes profissionais. Assim, o enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida competência técnica,

científica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade.

Desta forma, e no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal todas as minhas intervenções foram pautadas por um exercício promotor dos direitos humanos, respeitando sempre o código deontológico, promovendo permanentemente a segurança da pessoa, não esquecendo de efetuar a avaliação dos resultados das tomadas de decisão.

Para dar resposta à melhoria da qualidade dos cuidados tive sempre em consideração a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que fosse gerador de segurança para a pessoa cuidada, avaliando sempre a qualidade dos cuidados prestados e procedendo à sua reformulação quando necessário.

No domínio da gestão de cuidados consegui gerir os cuidados e os recursos existentes às situações e ao contexto vivenciado, otimizando assim a resposta das intervenções de enfermagem, otimizando a qualidade dos cuidados, não esquecendo a articulação necessária com a equipa multiprofissional.

Ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitiu-me o conhecimento de uma nova realidade na prestação de cuidados o que me possibilitou o crescimento pessoal e profissional, desenvolvendo o autoconhecimento, a resiliência e a assertividade, assim como demonstrar uma vez mais que, para a prestação de cuidados de qualidade, a práxis tem que estar assente em sólidos e válidos modelos de conhecimento.

O SU em questão está organizado por valências, tendo início na admissão da pessoa pelo pessoal administrativo, após a qual tem lugar a triagem, de acordo com as prioridades da Triagem de Manchester. Implementada em Portugal desde 2000, a Triagem de Manchester, é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de SU, permitindo identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada. Não se trata de estabelecer diagnósticos, “tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica” (DGS, 2018, p.9), permitindo assim, identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de forma objetiva e contínua, nomeadamente a via prioritária colo do fémur, integrando também

as vias verdes (VV) preconizadas pela DGS (VV Coronária; VV AVC; VV Trauma e VV Sépsis) e respetivos algoritmos clínicos.

Nos “balcões” - área de atendimento e de decisão cínica, encontram-se as pessoas que necessitam de estar em maca (balcão macas), em cadeira de rodas (balcão ambulatorios) ou autónomas, podendo as mesmas estar a aguardar realização de meios complementares de diagnóstico, administração de terapêutica ou vaga em serviço de internamento.

Neste setor, existe uma grande rotatividade de pessoas, havendo uma necessidade constante de vigilância, pois aquelas a quem foi atribuído um grau de prioridade mais baixa eventualmente podem desencadear um declínio da sua situação clínica, sendo indispensável a deteção precoce de sinais e sintomas dessa deterioração para que as intervenções possam ser realizadas em tempo útil. Como preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o enfermeiro deve conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, sendo imprescindível a avaliação, identificação precoce das necessidades e a reavaliação da eficácia das intervenções realizadas.

Aqui, a separação das pessoas está organizada tendo em conta o grau de dependência e não a atribuição de prioridades – “balcão macas” e “balcão ambulatorios”. Neste sentido, torna-se ainda mais importante a vigilância das pessoas com situações clínicas que necessitam de uma intervenção mais precoce e o estabelecimento de prioridades na realização das intervenções.

Como vantagem desta divisão, reside o fato de se poder priorizar a prestação de cuidados às pessoas com situação clínica que assim o exigem. Esta separação entre macas e ambulatorios permite uma maior privacidade das pessoas. Como desvantagem, posso referir a necessidade de o enfermeiro conhecer o grau de prioridade de todas as pessoas que ali se encontram, para assim poder estabelecer a prioridade no planeamento e realização das suas intervenções.

A unidade de observação dispõe de cinco salas com a capacidade total para vinte e duas pessoas, com possibilidade de atingir o nível máximo de uma-duas extra por cada sala em momentos de maior afluência ao SU; para este setor são encaminhadas as pessoas que necessitam de monitorização hemodinâmica devido a

maior instabilidade e necessidade de vigilância mais apertada. O tempo preconizado de permanência nesta unidade deverá ser inferior a vinte e quatro horas. Existe também um quarto de isolamento, para situações que exijam o mesmo.

Este SU dispõe de quatro salas de emergência, sendo que duas estão equipadas com dispositivo de RX, pelo que se encontram destinadas preferencialmente a pessoas vítimas de trauma em ambiente *open space*.

Nas salas de emergência são admitidas as pessoas que necessitam de tratamento imediato (casos de dispneia, trauma, via verde ou outras situações/procedimentos que o justifiquem, como a necessidade de efetuar técnicas invasivas) ou que venham em manobras de reanimação. Quando uma pessoa é encaminhada para a sala de emergência (Trauma) é acionado um sinal sonoro pelo vigilante que se encontra na entrada do SU ou pelo enfermeiro da triagem.

Após reanimação e estabilização da pessoa na sala de emergência, esta é encaminhada para o balcão, uma sala da unidade de observação, uma enfermaria, uma UCI ou diretamente para o bloco operatório.

Atualmente, a Área de Doentes Respiratórios funciona em contentores numa área anexa ao SU, tendo sido criada especificamente para o efeito. Está dividida em duas áreas distintas: pessoas positivas a SarsCov2 e pessoas suspeitas a SarsCov2, tendo enfermeiros destinados a estas áreas em cada turno, trocando entre si, a cada quatro horas. Quando alguma destas pessoas apresenta deterioração da sua situação clínica, é encaminhada para uma das salas de emergência que funcionam como isolamento, para se proceder à sua estabilização.

Em alternativa, se disponível, existe ainda a unidade de isolamento do SU onde habitualmente estão alocadas as pessoas com patologia respiratória que necessitem de realizar ventilação não invasiva.

Há ainda a referir a existência de uma sala de pequena cirurgia onde são efetuados procedimentos cirúrgicos que não necessitam de recurso ao bloco operatório central, maioritariamente realizados pelas equipas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Cirurgia Maxilo facial e uma sala de ortopedia, onde são observados os doentes com patologia do foro ortopédico, nomeadamente pessoas com fraturas que necessitem de imobilização para a realização de gessos ou talas gessadas.

Existe também uma sala de pequena cirurgia três que no contexto de pandemia COVID-19 foi convertida em posto de colheita destinada à realização de zaragatoas para pesquisa de SarsCov2. Este procedimento é realizado pelo médico, com o apoio do enfermeiro.

Os profissionais que exercem funções em SU trabalham num ambiente onde é exigido a realização de intervenções com uma rapidez elevada, com tarefas múltiplas sendo muitas vezes interrompidos. No SU, existem zonas de trabalho, como por exemplo as salas de trauma, onde, por vezes, vários profissionais estão em simultâneo a prestar cuidados a uma pessoa, assim como, cada profissional pode prestar cuidados a várias pessoas em simultâneo. Este ambiente de extrema dinâmica, com funcionamento permanente e de livre acesso por todas as pessoas, com conseqüente sobrelotação, é um meio em que os profissionais estão sujeitos a maior sofrimento psíquico, tendo que lidar com a imprevisibilidade, a frustração perante situações incontroláveis e a ausência de condições e instrumentos de trabalho. A pressão para uma rápida circulação de pessoas no serviço de urgência muitas vezes dificulta a individualização de cuidados e o envolvimento ativo da pessoa no processo de decisão, uma vez que neste contexto de cuidados, a prioridade vai para a estabilização da pessoa em situação crítica (Brazão et al., 2016).

Perante o exposto, a probabilidade de erro aumenta de forma exponencial e é exigido ao enfermeiro capacidade de resposta para conseguir prestar cuidados, garantindo a segurança da pessoa. Desta forma, torna-se imperativo implementar práticas seguras no âmbito da verificação da identidade da pessoa e do procedimento a realizar (Ministério da Saúde, 2015), confirmando inequivocamente a sua identidade, colocando a pulseira com a sua identificação e confirmando as intervenções a realizar, bem como esclarecendo todas as dúvidas que poderão surgir.

Perante a diversidade de setores existentes no SU, esta realidade está mais presente nas salas de emergência, em que a prioridade é estabilizar a pessoa e que frequentemente não é possível o envolvimento ativo da mesma no processo de decisão devido à eventual instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica aquando da admissão. No entanto, a prestação de cuidados individualizados está sempre presente, pois só é possível cuidados de qualidade quando estes são executados tendo em conta a pessoa alvo dos mesmos e não a realização de intervenções standardizadas.

Uma realidade diferente pode observar e executar nos balcões e unidade de observação, onde a pessoa permanece um tempo mais prolongado e é possível a elaboração de um plano de cuidados personalizado e sempre que a situação clínica/estado de consciência o permite, envolver ativamente a pessoa no seu processo de cuidados. Este processo, contribui para uma melhor implementação e eficácia das intervenções de enfermagem, pois um planeamento dos cuidados fundamentado nas características individuais de cada pessoa e na sua contribuição ativa, culmina num resultado mais satisfatório e conseqüentemente ganhos em saúde, uma vez que requer um compromisso da pessoa para a obtenção desses mesmo ganhos. O facto de a pessoa se sentir envolvida no seu processo de cuidados favorece uma melhor adesão ao processo terapêutico, assim como às medidas de prevenção e adoção de comportamentos que podem melhorar os resultados em saúde (Schiavo, 2007).

Decorrente da pandemia que vivemos, não são permitidas visitas, o que leva a um conseqüente afastamento da família durante a permanência do ente querido em unidade hospitalar, pelo que sempre que possível, também é incluída a família no processo de cuidados. Não podemos esquecer que todos nós somos pessoas integradas numa família e numa comunidade, até porque, muitas vezes, quem nos fornece informações relevantes da pessoa são os familiares, pela incapacitação da mesma. A família é entendida como “unidade social ou todo colectivo, composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2011, p.115), tornando-se por isso, imprescindível para o enfermeiro, identificar quem são as pessoas significativas em cada situação. A tomada de decisão compartilhada fortalece a autonomia da pessoa, pelo que a implicação de familiares ou outras pessoas significativas pode ser útil, possibilitando assim respeitar os seus valores e as suas crenças (Jakimowicz & Perry, 2015). Assim, sempre que se justifique, a equipa de saúde deverá contactar os familiares diretamente, estabelecendo um plano de comunicação com a pessoa e seus familiares (Hart et al., 2020).

O reencontro com problemáticas e dinâmicas com as quais fomos perdendo algum contacto permite-nos desenvolver um trabalho mais rico no que concerne à reflexão e desenvolvimento de competências. O que faço e como faço, são agora

palavras de ordem num ambiente imprevisível, complexo e sobre o qual não tenho o habitual domínio para a resolução de problemas.

Desta forma, passo a enumerar as atividades que realizei descrevendo-as de forma refletida para a concretização dos respetivos objetivos.

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência

Objetivo	Atividades
a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento de um Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar normas e procedimentos do serviço; - Reunir com o Enfermeiro tutor, validando objetivos e atividades a desenvolver; - Interagir com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência; - Observar de modo participado os cuidados prestados à pessoa em situação crítica; -Efetuar registos de enfermagem;
b) Prestar cuidados à pessoa em situação crítica/família em contexto de Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar, diagnosticar e planear as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas detetados; - Prestar cuidados à pessoa em situações de emergência, identificando pronta e precocemente focos de instabilidade e risco de falência orgânica (escala MEWS); - Executar cuidados de alta complexidade à pessoa com doença crítica e/ou falência orgânica; - Realizar e gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos; - Gerir eficazmente a dor na pessoa em situação crítica; - Comunicar de forma eficaz com a pessoa em situação crítica e família; - Realizar transporte inter-hospital e intra-hospitalar; - Prestar cuidados à pessoa em fim de vida.
c) Desenvolver competências na deteção precoce da sépsis e conhecer a dinâmica e funcionamento da Via Verde Sépsis e intervir nas diferentes fases de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Saber o protocolo de atuação na Via Verde Sépsis; - Implementar os procedimentos estabelecidos pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos na prevenção e controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde; - Identificar precocemente sinais de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica em contexto ou situação de sépsis; - Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem.
d) Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica /família em situações de emergência multivítimas ou catástrofe /pandemia	<ul style="list-style-type: none"> - Saber o plano de emergência multivítimas e catástrofe do serviço de urgência, assim como os princípios de atuação em situação de catástrofe; - Demonstrar conhecimentos em triagem primária e secundária em situação de catástrofe/pandemia; -Identificar os princípios de atuação em situações de catástrofe/pandemia.

a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento de um Serviço de Urgência

A primeira etapa para qualquer estágio será a integração onde o trabalho irá ser desenvolvido de modo a conhecer a estrutura física e orgânica funcional da unidade. Qualquer enfermeiro que se encontre num novo contexto necessita de um período de integração, tendo em conta as suas características individuais e a sua experiência anterior (Fernandes et al., 2010).

Sendo que, nos serviços de urgência e emergência, a atuação do enfermeiro envolve especificidades e articulações indispensáveis à gestão de cuidados a pessoas com necessidades complexas, a integração assume um valor particular.

A consulta das normas e procedimentos vigentes neste serviço possibilitou-me perceber qual o encaminhamento correto de cada situação de cuidados, assim como, servir de suporte à tomada de decisão clínica.

A reunião com o enfermeiro tutor permitiu-me validar os objetivos e atividades a desenvolver, assim como delinear estratégias de forma a conseguir atingi-los. Também me foi possível a interação com os vários elementos que compõem a equipa.

Não menos importante, foi numa primeira fase, a observação participada nos cuidados prestados de forma a compreender as dinâmicas da equipa e de que forma poderia facilitar o desenvolvimento de competências, assim como conhecer o programa informático para realizar registos e consultar informações relevantes para o processo de cuidados à PSC.

Resultados: A integração na equipa multidisciplinar e o conhecimento do serviço, assim como as suas dinâmicas permitiu-me entender de que forma seria facilitador o desenvolvimento de competências planeadas, e igualmente as dificuldades que poderia enfrentar. A colaboração e disponibilidade do enfermeiro tutor foram as pedras basilares para o sucesso da aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências, apesar das dificuldades acrescidas, devido à pandemia que o mundo vive e a constante adaptação dos serviços de saúde.

Desta forma, foi-me possível desenvolver competências de enfermagem avançada, nomeadamente, fornecer cuidados individualizados com elevada perícia à pessoa e família, colaborar com a equipa de saúde nos assuntos relacionados com a pessoa alvo de cuidados e promover o desenvolvimento da enfermagem através da prática e do disseminar do conhecimento (Silva, 2007).

b) Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e família em contexto de Serviço de Urgência

A avaliação da PSC tem início na triagem, onde o enfermeiro deverá possuir conhecimentos e aptidões específicas para definir prioridades no atendimento que deverá cruzar com o conhecimento de procedimentos administrativos e clínicos, assim como avaliação da pessoa tendo em consideração habilidades de comunicação e intuição (Acosta et al., 2012).

A avaliação de enfermagem é tradicionalmente vista como um componente do processo de enfermagem, mas não deve ser apenas limitado à avaliação física da pessoa, deve ter também em atenção o meio psicossocial em que se encontra inserido e o modo como se estabelece a comunicação. Em ambientes de emergência, a avaliação de enfermagem é cíclica, exigindo planeamento contínuo, avaliação e reavaliação (Curtis et al., 2009). Desta forma, a identificação precoce das necessidades, planeamento das intervenções, bem como a avaliação e reavaliação da eficácia das intervenções efetuadas, adquire uma importância fundamental face ao que é preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Para a prática de enfermagem especializada foi indispensável o pensamento crítico mobilizado de forma contínua, resultando assim, em discussão e esclarecimento de dúvidas, levando a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Torna-se, por isso, imprescindível que o enfermeiro identifique pronta e precocemente focos de instabilidade e risco de falência orgânica, existindo escalas que podem ser um instrumento extremamente valioso uma vez que permitem uma avaliação sistemática de vários critérios de deterioração fisiológica da pessoa, como é o caso da escala MEWS.

Durante a realização do estágio, pude constatar a inexistência do uso sistematizado de escalas para a avaliação de declínio fisiológico, assim como as intervenções a ter em conta tendo em vista o grau de deterioração e quando se torna indicado a intervenção de outros profissionais de saúde.

Considerarei como uma atividade de estágio, a realização de sessões de formação, mas tal não foi possível face aos constrangimentos atuais devidos à pandemia. Como alternativa, e tendo em conta a caracterização atual de enfermeiros

no SU, elaborei um artigo sobre a importância da utilização da escala MEWS para enfermeiros iniciados visando uma ajuda de suporte à decisão clínica/enfermagem, artigo este, foi enviado para publicação em revista científica para disseminação de conhecimento. Como refere Benner (2001), aos enfermeiros iniciados são-lhe fornecidas normas, para guiar as suas intervenções em função de elementos diversos, uma vez que, a teoria permite servir de guia e colocar as questões certas para o devido encaminhamento e intervenções.

Sendo este SU polivalente, as situações de maior complexidade de doença crítica e/ou falência orgânica, e que necessitam de cuidados mais diferenciados, são para aqui encaminhadas, tendo o enfermeiro que estar habilitado na execução de cuidados dos mais simples aos mais complexos de forma a dar resposta aos problemas identificados.

No SU, tendo em conta a complexidade e multiplicidade de patologias que aí são tratadas, o enfermeiro é chamado a intervir nos mais diversos protocolos terapêuticos complexos, assim como, detetar precocemente complicações daí decorrentes e dar respostas apropriadas, não esquecendo que, por vezes dada a gravidade das situações que ali ocorrem se torna necessário a realização de manobras de suporte avançado de vida. Desta forma, foi-me possível desenvolver competências nesta área, colaborando com a equipa na realização de massagem cardíaca, avaliação do ritmo cardíaco, entubação oro traqueal, administração de terapêutica e avaliar e reavaliar a eficácia destas intervenções.

Para aprender é necessário refletir sobre o conhecimento e utilizá-lo de forma apropriada e eficaz, uma vez que experienciar situações reais revela-se necessário para o desenvolvimento da competência profissional (Oliveira & Queirós, 2015). Nesta medida, foi importante a prestação de cuidados nos diversos setores que constituem o SU para perceber a sua dinâmica e adquirir/desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC tendo em conta o nível de instabilidade e necessidade de planeamento de cuidados.

O trabalho em equipa é um dos aspetos fundamentais no cuidar da PSC, pois temos situações de tal forma complexas e complicadas e com tempo reduzido para serem resolvidas que só trabalhando em equipa é possível concluí-las com sucesso (Eppich et al., 2008). O trabalho de equipa disfuncional e uma comunicação paradoxal são as principais causas de erros em saúde. Para que o objetivo comum seja atingido

tem de haver confiança, respeito, cooperação, compromisso, interdependência e preocupação com os outros membros da equipa, assim como uma forte liderança.

Desta forma, pude colaborar com os diferentes profissionais e desenvolver o trabalho em equipa, havendo interação nas intervenções realizadas, o que contribui para uma melhoria na prestação de cuidados à PSC, assim como no desenvolvimento de competências, pois a mobilização de competências de cada um dos elementos da equipa estimula a aprendizagem e o espírito crítico, o que leva à prestação de cuidados de elevada qualidade e a busca pela excelência.

Quando nos referimos a PSC, não podemos esquecer a elevada probabilidade de dor que estas pessoas possam estar a vivenciar. Na PSC, a dor, na maioria das vezes, não é passível de ser verbalizada tendo em conta a situação clínica da pessoa. Nesta medida, torna-se importante a implementação de escalas que possibilitem a avaliação deste sinal vital, de forma eficaz, promovendo o conforto.

Segundo Kolcaba (2003), o conforto engloba quatro vertentes: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Durante a permanência no hospital, a pessoa poderá experienciar diminuição ou ausência de conforto nas diversas vertentes, pelo que cabe ao enfermeiro, avaliar e perceber como poderá contribuir para o restabelecimento de algum conforto, de acordo com a autora, em contextos de saúde, as necessidades de conforto das pessoas são satisfeitas pelos enfermeiros aquando da realização das intervenções de enfermagem planeadas com esse objetivo.

Nesta medida, foi-me possível implementar a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e planear as intervenções de enfermagem que dessem resposta a esse foco de cuidados. Neste local de estágio, é utilizada a escala numérica que não é aplicável a pessoas inconscientes, pelo que foi divulgada, junto da equipa, a BPS com o objetivo de implementar uma escala comportamental. O alívio da dor é possível com a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

As intervenções farmacológicas obrigam a uma prescrição médica de terapêutica dirigida, pelo que, quando necessário, foi solicitado a prescrição de analgesia de esquema e em SOS, procedendo-se à respetiva administração e gestão face à sua eficácia.

As intervenções não farmacológicas para a promoção do conforto, em ambiente de urgência, estão muitas vezes comprometidas pelas condições do ambiente externo

- o barulho, a luminosidade, a temperatura, a permanência em macas ou cadeirões que muitas vezes não permitem o posicionamento adequado e confortável apesar dos esforços desenvolvidos, a falta de material mais adequado, não obstante o imprevisto de acordo com o que se encontra disponível.

Todas estas premissas poderão também contribuir para o aumento da ansiedade da pessoa. Quando alguém tem um diagnóstico de doença, é uma reação normal experimentar mudanças no estado emocional. Se a reação emocional, ansiedade e depressão, for elevada pode ter um impacto negativo no processo de ajustamento e no processo de doença, sobretudo confusão no diagnóstico, prolongamento do tempo de recuperação e adesão ao tratamento (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Portanto, é fundamental o desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação de ajuda, bem como na área do suporte emocional, por forma a favorecer expressão de emoções e dúvidas. A verbalização destas orientam e validam as intervenções da equipa, tornando a pessoa membro interveniente no planeamento das intervenções e contribuindo para o seu sucesso.

Importa ainda referir que a barreira linguística, que acontece em múltiplas ocasiões, torna a comunicação um desafio, bem como a multiculturalidade frequentemente presente. Torna-se necessário o desenvolvimento de empatia, ou seja, a capacidade de entender a situação na perspetiva da outra pessoa e comunicar esse entendimento, como refere Saviato e Leão (2016), a empatia é um importante instrumento para estabelecer e manter a relação de ajuda entre profissional e pessoa, com a finalidade de compreender as perceções e necessidades da pessoa, capacitá-la para lidar eficientemente com a sua situação, assim como, reduzir ou resolver os seus problemas.

Nos processos de comunicação, torna-se essencial o conhecimento do contexto histórico-social e cultural das pessoas envolvidas, bem como a compreensão das suas dificuldades, não esquecendo que a comunicação é um processo complexo que ultrapassa o sentido das palavras, envolvendo formas não verbais, como gestos e expressões (Broca & Ferreira, 2015).

Segundo Mendes (2009), para garantir cuidados de qualidade devemos assegurar os cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa/família, sustentadas na evidência científica, na ética e na deontologia

profissional, o que implica trabalhar com uma escala de valores, quer seus, quer de outros, sendo que, nas relações interpessoais deve respeitar-se a pessoa pelo “simple facto de o ser” (p.166).

Saliento, no entanto, que a família também experiencia um sofrimento acrescido pela possibilidade de finitude da pessoa e pelo sentimento de impotência, de estar tudo fora do seu controlo, pelo que, os profissionais também têm que compreender e aceitar as necessidades da família (Mendes, 2016).

Pelo referido, podemos concluir que esta é uma oportunidade ímpar para a intervenção do enfermeiro no processo de transição saúde-doença, tal como é preconizado na teoria das transições de Meleis (Meleis et al., 2000), uma vez que permite a identificação de problemas e planeamento de intervenções que permitam a implementação de estratégia facilitadoras deste processo de transição, contribuindo assim para resultados mais positivos.

Para falar em SU, é necessário realçar a importância do transporte do doente crítico. Colaborei neste tipo de transporte, quer a nível inter-hospitalar para os vários pólos existentes neste centro hospitalar, quer a nível intra-hospitalar, para realização de exames complementares de diagnóstico e transferência para outro nível de cuidados. Com esta intervenção, foi-me possível assegurar a segurança da PSC aquando do transporte, manter o nível de cuidados e a vigilância clínica com recurso a equipamentos de monitorização hemodinâmica, não esquecendo que, “o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2017, p.2).

O planeamento do transporte executado de forma correta, minimiza o risco, aumentando assim a segurança da pessoa, pois, “a maioria dos incidentes relacionados com o transporte de doentes são passíveis de ser evitados com um planeamento adequado”(Graça et al., 2017, p.135), não esquecendo que a enfermagem de urgência é caracterizada pela necessidade de uma intervenção rápida, eficiente e segura e o enfermeiro tem que se adaptar constantemente a novas situações e demonstrar aptidões para trabalhar sob pressão e stress (Howard & Steinmann, 2010).

Cada vez mais podemos assistir a pessoas a recorrer ao SU num estágio bastante avançado da sua doença e com muitas comorbilidades associadas, em que a intervenção da equipa de saúde é mais dirigida à promoção do conforto e de uma morte digna. Morrer não é apenas um evento de interesse médico ou científico, mas essencialmente um acontecimento de dimensão pessoal, cultural e religiosa” (Morais et al., 2016, p.110).

Assim sendo, cabe ao enfermeiro o planeamento e implementação de intervenções junto da pessoa e sua família/pessoas significativas de forma que este processo se desenrole, tendo em conta, a dimensão pessoal, cultural e religiosa da pessoa demonstrando respeito por todas estas vertentes, tentando satisfazê-las, pois como podemos ver no código deontológico, devemos, “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (OE, 2015, p.9).

A partir do século XX, à medida que os avanços tecnológicos ocorreram, o prolongamento da vida a qualquer custo foi-se incrementando. O emprego da tecnologia pode ser devastador para a pessoa, a partir do momento em que esta é utilizada como instrumento de cura sem possibilidades terapêutica, transformando-se num meio gerador de sofrimento (D’arco et al., 2016).

Referimo-nos à obstinação terapêutica quando existe recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais prejudicial do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício expectável é menor do que os inconvenientes previsíveis. A utilização de uma terapêutica supérflua, apenas adia a morte e adiciona uma angústia planeada, transformando a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer, praticando-se a distanásia. Desta forma, devemos valorizar a pessoa, os seus valores e opções e reconhecer quando a terapêutica curativa deve ser substituída pela paliativa que tem como objetivo o alívio da dor e do sofrimento de forma a que a morte possa acontecer com dignidade (Lima, 2006). O enfermeiro será o responsável por promover uma assistência humanizada, prevenir a perda da dignidade da pessoa na fase terminal e evitando assim, a obstinação terapêutica (D’arco et al., 2016).

Durante todo o percurso da prestação de cuidados temos que ter sempre presente as questões éticas e deontológicas que devem guiar as nossas intervenções,

uma vez que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com preocupação de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (OE, 2015).

Durante a realização deste estágio tive a oportunidade de realizar um jornal de aprendizagem que contribuiu para aprofundar a minha capacidade de reflexão, assim como a aptidão de intervenção num ambiente com o qual não estamos familiarizados, tornando-se num elemento facilitador para a prestação de cuidados.

Resultados: As atividades descritas tornaram-se facilitadoras para a prestação de cuidados à PSC em contexto de urgência. Saindo da minha zona de conforto, a minha integração na dinâmica organizacional e na equipa multidisciplinar foi um processo contínuo. O trabalho em equipa torna-se especialmente importante neste ambiente de elevada imprevisibilidade como o que verifica no SU. A identificação precoce das necessidades da pessoa, o planeamento das intervenções, assim como a avaliação e reavaliação da eficácia das intervenções efetuadas, adquire aqui uma dimensão fundamental na medida em que é o primeiro contato com o serviço de saúde.

O facto de ter percorrido todos os setores constituintes deste SU permitiu-me perceber qual o percurso da pessoa e quais as intervenções de enfermagem realizadas em cada um deles, assim como, quando é necessária a transferência para outro setor ou outro nível de cuidados.

O pensamento crítico e reflexivo mobilizado de forma contínua, resultou assim, em discussão e esclarecimento de dúvidas, conducentes a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Foi-me possível identificar pronta e precocemente focos de instabilidade, assim como risco de falência orgânica, sendo que as escalas para o efeito podem ser de grande utilidade. Assim foi-me possível dar visibilidade à escala MEWS, servindo de ferramenta de apoio à decisão clínica.

Apesar do ambiente hostil existente no SU, torna-se necessário a promoção do conforto à pessoa e executar todas as intervenções possíveis que contribuam para o mesmo.

A dor, tantas vezes presente deve ser sempre avaliada pela equipa de enfermagem, estando frequentemente a pessoa incapacitada de a comunicar. Foi-me possível divulgar a utilização de escala comportamental (BPS) para uso em pessoas com alteração do estado de consciência de forma a ser possível a implementação de

intervenções farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor e promoção do conforto.

Considero ter adquirido competências na prestação de cuidados altamente qualificados à pessoa em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, assim como prevenir complicações e limitar incapacidades. Da mesma forma, realizei uma colheita de dados de forma contínua e estruturada de modo a conhecer continuamente da pessoa/família alvo de cuidados de forma a prever e detetar precocemente complicações de modo a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (OE, 2018).

c) Desenvolver competências na deteção precoce da sépsis e conhecer a dinâmica e funcionamento da Via Verde Sépsis e intervir nas diferentes fases de cuidados

Os enfermeiros ocupam lugares-chave para identificar pessoas com sépsis, mobilizar a equipa médica e implementar intervenções (Delaney et al., 2015). Sendo que as pessoas manifestam mudanças nos parâmetros fisiológicos até oito horas antes de eventos adversos (O'shaughnessy et al., 2017), e o risco de mortalidade aumenta à medida que a doença avança, a sobrevivência depende da capacidade dos enfermeiros reconhecerem sinais e sintomas precocemente e os comunicarem à restante equipa de saúde.

As manifestações clínicas da sépsis são variadas e dependem da localização anatómica do foco infeccioso, assim como das comorbilidades associadas, da resposta inflamatória desencadeada e da disfunção orgânica presente no momento em que é feito o diagnóstico. Da mesma forma, torna-se importante o reconhecimento de fatores de risco, nomeadamente, idade mais avançada, imunodeficiência, hospitalização, procedimentos invasivos, trauma e queimaduras. Neste contexto, a resposta inflamatória primária responsável pela defesa do organismo passa a ser exacerbada, tendo um papel deletério, atingindo uma resposta inflamatória sistémica, levando a falência de múltiplos órgãos (Pereira et al., 2007).

O conhecimento da fisiopatologia da sépsis e dos mecanismos que desencadeiam a resposta inflamatória do hospedeiro é de importância vital, uma vez que, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado são fundamentais para

prevenir a cascata de eventos que culmina em choque séptico e falência de múltiplos órgãos (Silveira et al., 2014).

Uma vez que o primeiro contacto da pessoa com sépsis é realizado através do SU, foi-me possível desenvolver competências na deteção precoce da sépsis, assim como planear intervenções de forma eficiente e em tempo útil, conhecendo também o protocolo de atuação na VVS.

Não obstante, no atual contexto pandémico, verifica-se que a procura de serviços de saúde é realizada numa fase avançada da doença pelo que é frequente não ser possível tratar pessoas com sépsis de forma precoce, o que leva a um aumento de morbimortalidade, como documentado na literatura.

Importante referir também a necessidade de formação da equipa de saúde na deteção precoce da sépsis, uma vez que no início os sintomas podem ser confundidos com as mais diversas patologias, nomeadamente, o não associar e desvalorizar a hipotermia como sinal de sépsis, mesmo esta sendo vista como indicador de pior prognóstico.

Destaco a atual caracterização da equipa de enfermagem (elementos ainda numa fase inicial do desenvolvimento profissional) assumindo as estratégias de liderança uma posição de destaque, nomeadamente na subdivisão das equipas nas escalas de rotação, de modo a ter sempre elementos de referência/peritos em setores estratégicos. Os enfermeiros peritos têm uma vasta experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação, apreendendo desde logo o problema sem se perder num vasto leque de soluções e de diagnósticos estéreis (Benner, 2001), contribuindo assim para uma rápida e eficiente resolução de problemas, onde a sua intervenção faz a diferença.

A competência só é atingida com o domínio da prática, pois, “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se pode aprender na teoria” (Benner, 2001, p.61), culminando num elevado nível de adaptabilidade e de resposta às situações com que se depara.

A VVS implementada neste SU tem como finalidade melhorar a rapidez diagnóstica e tratamento da pessoa com sépsis, assim como criar mecanismos facilitadores que permitam a transferência atempada para UCI logo que se justifique.

A VVS é ativada sempre que uma pessoa apresenta pelo menos uma queixa sugestiva de infeção e pelo menos dois critérios de SIRS. Após confirmação médica do caso suspeito de sépsis são colhidos produtos biológicos para exames bacteriológicos, sangue para hemograma, bioquímica e coagulação, iniciada fluidoterapia a ritmo rápido, iniciado antibiótico no prazo máximo de uma hora e realizados outros exames complementares de diagnóstico para identificação do foco de infeção para que assim se possa proceder ao tratamento mais adequado.

A VVS maioritariamente é ativada na triagem, logo à chegada da pessoa ao hospital, mas pode ser ativada em qualquer setor do SU, desde que médico ou enfermeiro detete critérios para ativação da referida via verde.

Na atualidade, devido à pandemia, o tempo preconizado para tratamento de pessoas com sépsis é muitas vezes alargado, uma vez que todas as pessoas com febre são tratadas como suspeitas de infeção por SarsCov2, e devido à afluência nem sempre o tempo alvo preconizado para o diagnóstico precoce de sépsis é respeitado, sendo muitas vezes instituído e priorizado a realização de teste de despiste SarsCov2– rápido ou normal. A realização de teste rápido é decidido sempre que a situação clínica o exige, quando é expectável deterioração fisiológica ou necessidade de transferência para unidade de cuidados mais diferenciados ou bloco operatório para continuidade de cuidados.

Devido à afluência de pessoas ao SU, torna-se impossível manter a distância desejável entre elas, o que é um fator que favorece a transmissão de infeções. Assim, a equipa de enfermagem usa os equipamentos de proteção individual adequados e existem bolsas com todo o material necessário para os diversos procedimentos invasivos necessários realizar, minimizando assim o risco de infeção associado aos mesmos – hemoculturas, algaliação e esvaziamento vesical – o facto de ter todo o material reunido, obriga à utilização do mesmo e minimiza o risco de contaminação das colheitas.

Durante a realização do estágio foi possível identificar precocemente sinais de instabilidade, intervindo de forma eficaz, planeando e executando as intervenções de enfermagem tendo em conta os diagnósticos efetuados. Não menos importante foi a avaliação dos resultados obtidos de forma a avaliar a eficácia das intervenções e quando necessário proceder à sua reformulação.

Para que este objetivo fosse cumprido realizei turnos nos diversos setores que compõem o SU de forma a perceber a importância da enfermagem na prevenção e detecção precoce da sépsis de modo a adquirir/desenvolver competências específicas nesta área.

Deste modo constatei as diferenças na abordagem à pessoa com sépsis, que passarei a descrever mais pormenorizadamente na sala de emergência, nos balcões e na zona COVID, tendo sempre em atenção o diagnóstico precoce, o tratamento precoce e a vigilância, assim como os fatores facilitadores e quais as dificuldades que senti.

Na sala de emergência, pela sua especificidade, é comum receber pessoas com sépsis já com falência de órgão, pelo que o diagnóstico e o tratamento precoce é na maioria das vezes inexecutável, sendo a nossa intervenção direcionada para o tratamento de forma a evitar a progressão da doença, sendo elas, colheita de hemoculturas, doseamento do lactato sérico, administração de antibióticos, administração de fluidos e quando necessário administração de vasopressores, assim como avaliação do resultado destas intervenções. Estas pessoas frequentemente são transferidas para um nível mais diferenciado de cuidados, existindo a necessidade de uma monitorização mais apertada para prevenir complicações.

Nos balcões são atendidas várias pessoas com sépsis, demonstrando-se as intervenções referidas anteriormente fulcrais para o diagnóstico e tratamento precoce, assim como uma vigilância adequada à situação clínica, sendo por vezes necessário a transferência da pessoa para a sala de emergência ou sala de observação, sempre que o justifique. Neste setor, várias vezes, foi-me possível a realização das intervenções preconizadas pelo SSC, especialmente, medição do lactato sérico, colheita de hemoculturas ou outros produtos biológicos que se justifiquem, antes da administração de antibioterapia de largo espectro, conforme prescrição médica e administração de fluidoterapia.

Quando não foi possível manter a pressão arterial média superior a 65mmhg, foi necessário a transferência da pessoa para outro nível de cuidados de forma a iniciar suporte aminérgico (Rhodes et al., 2017).

Como aspeto positivo, posso referir o desenvolvimento de competências que me foi possível fortalecer na avaliação da pessoa, principalmente, o não recorrer ao cuidado tecnológico, tão presente na minha prática diária, e sem o qual a avaliação

do enfermeiro perito se torna fulcral, para a deteção precoce de instabilidade, planeamento dos cuidados e implementação das respetivas intervenções, pois, o enfermeiro perito compreende de maneira intuitiva cada situação apreendendo diretamente o problema (Benner, 2001).

Foi-me possível detetar precocemente sinais de instabilidade, nomeadamente alterações das frequências respiratória e cardíacas, assim como do estado de consciência, sem recurso à tecnologia, podendo intervir de forma pronta e precoce, tomando decisões holísticas, melhorando assim os resultados obtidos.

Em suma, posso afirmar que a prestação de cuidados especializados contribui para um julgamento clínico mais assertivo, assim como planeamento e implementação de intervenções de enfermagem, contribuindo para alcançar resultados positivos na pessoa alvo dos cuidados, pois, a complexidade da prática apresenta-nos muito mais realidades do que a teoria nos explicita (Benner, 2001).

Atualmente, decorrente da pandemia que vivemos todas as pessoas com febre ficam alocadas nas zonas COVID. Sendo a sépsis definida como uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infeção (Vincent et al., 2016), podemos afirmar que uma pessoa com febre não indica necessariamente uma resposta desregulada e com risco de vida, mas antes uma resposta fisiológica de combate à infeção. Os critérios da SIRS não têm sensibilidade e especificidade suficientes para maior risco de mortalidade uma vez que estes critérios podem ser frequentemente uma resposta adaptativa e não patológica, pelo que, atualmente para se considerar sépsis a pessoas tem que apresentar dois ou mais critérios SOFA.

A febre poderá ter outro foco infeccioso que não a infeção por SarsCov2, nesta medida foi-me possível gerir a alocação das pessoas com febre de forma a minimizar a transmissão da infeção. Assim, as pessoas que apresentavam maior probabilidade de infeção, por este patogénico, foram separadas em boxes e, sempre que a condição clínica o permitiu, foram prestados cuidados após serem tratadas as pessoas com menor grau de suspeição, evitando assim, a infeção cruzada.

Torna-se importante também a aplicação da escala de quickSOFA (qSOFA) sendo que, é uma ferramenta de triagem com utilização à “beira leito” com intuito de identificar precocemente as pessoas com grande probabilidade de terem desfechos

clínicos desfavoráveis, caso apresentem infecção, como preconizado pela sépsis-3 (Seymour et al., 2016).

Resultados: Sendo o SU frequentemente o primeiro contato que a pessoa com sépsis tem com os serviços de saúde, torna-se num local privilegiado para a deteção precoce e o tratamento atempado da sépsis.

Neste contexto de pandemia tornou-se particularmente desafiante a deteção precoce de pessoas com sépsis, na medida em que, as pessoas suspeitas de COVID-19 são encaminhadas para um circuito próprio criado para o efeito, sendo que o foco infeccioso por vezes não era devido ao SarsCov2, levando a um atraso no tratamento e consequentemente menos eficácia nas intervenções realizadas.

De salientar que o facto de ter percorrido todos os setores constituintes deste SU permitiu-me conhecer o circuito da pessoa e qual a melhor forma de intervir nas diferentes fases de cuidados.

O facto de a VVS estar implementada neste SU foi um fator de aprendizagem pois tornou a identificação mais precoce e o tratamento mais rápido, aumentando de igual modo a eficácia das minhas intervenções, melhorando assim os resultados obtidos.

Em suma, posso afirmar que me foi possível a prestação de cuidados à pessoa com sépsis conforme preconizado pelo SSC (2017), contribuindo assim para o sucesso das intervenções realizadas, atuando de forma precoce, o que resulta em melhores resultados de saúde com diminuição da morbidade e mortalidade associada a esta patologia. Acresce o maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar (ESEL, 2010).

d) Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC/família em situações de emergência multivítimas ou catástrofe /pandemia

Para a concretização deste objetivo, foi consultado o plano de catástrofe da instituição e sua aplicabilidade ao nível do SU – alterações estruturais, locais para a realização dos diferentes procedimentos e intervenções. Não foi necessária a sua aplicabilidade, uma vez que não se verificou nenhuma situação de emergência multivítimas, mas em vários períodos foi equacionada a ativação do plano de

catástrofe, face ao elevado número de pessoas que recorrem ao SU e sobrelotação do espaço de atendimento à pessoa com suspeita de infeção por SarsCov2 e até mesmo com doença confirmada, levando a alterações estruturais e à adaptabilidade dos diferentes setores.

Esta descontrolada afluência de pessoas ao SU, conduz à escassez de resposta de unidades diferenciadas ou até mesmo, de unidades de internamento, que também já se encontram no limite da sua capacidade. Assim, tornou-se fundamental a avaliação do status atual da pessoa assistida e a análise dos benefícios da incrementação de cuidados.

Nesta medida, foi necessário decidir quando incrementar medidas terapêuticas ou optar por medidas de conforto, o que nos leva a refletir acerca de todas as questões éticas que isso implica.

Prestar cuidados de enfermagem implica sempre lidar com uma escala de valores, seus e dos outros e que os mesmos são a referência para a forma de estar e viver, na relação com o mundo e com os outros, sendo que a decisão ética ocupa uma importância cada vez maior no processo de cuidados. A especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na ética e deontologia profissional, assim como na melhor evidência disponível, pode garantir cuidados de qualidade (Mendes, 2009).

Ao longo deste percurso pude constatar que é necessário decidir a necessidade de não incrementar medidas terapêuticas, mas antes paliativas de forma a promover a dignidade da pessoa, tornando-se imperativo decidir quando existe agravamento clínico, se é necessário encaminhar a pessoa para a sala de emergência para incrementar medidas terapêuticas, ou promover o conforto e a dignidade da pessoa aliviando-lhe o sofrimento.

Resultados: A pandemia conduziu a uma difícil gestão quer de recursos humanos, quer de recursos físicos e por isso foi-me possível colaborar na prestação de cuidados com recursos no limite, em que a triagem assume um papel de relevância extrema. Desta forma, foi-me possível colaborar com a equipa na decisão de incrementar medidas terapêuticas ou proporcionar conforto, respeitando sempre a individualidade de cada pessoa.

Pelo exposto, penso ter adquirido competências na resposta em situações de emergência e exceção, tendo em conta a pandemia que vivemos, planeando a gerindo

a resposta de forma pronta e sistematizada tendo como finalidade a sua eficácia e eficiência (OE, 2018).

2.2. Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos

Em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final da década de 50 do século passado, evoluindo diversos serviços de vários hospitais para Serviços de Medicina Intensiva, fortemente radicados no organograma hospitalar, tendo como missão a gestão da PSC (Paiva et al., 2016). Desta evolução destaca-se a capacidade de monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, desencadeada por processos patológicos potencialmente reversíveis (Penedo et al., 2013).

A UCI é considerada um local qualificado para a prestação de cuidados integrais às pessoas com falência de múltiplos órgãos, suportando, prevenindo e revertendo as falências e complicações decorrentes com implicações nas funções vitais (DGS, 2003), sendo que os cuidados de enfermagem devem ser contínuos e específicos às necessidades afetadas e funções vitais em risco de forma a manter as funções vitais básicas, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação total da PSC (OE, 2018).

A pessoa admitida em UCI está em estado grave/crítico requerendo cuidados específicos, uma vez que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica de forma a recuperar a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Benner et al., 2011; OE, 2019).

Cuidar da PSC, por vezes é um grande desafio na medida em que estabelecer relação com a pessoa é complexo, visto que, a maioria apresenta alteração do estado de consciência ou estão sob sedação e curarização. Assim sendo, a tecnologia é um fator facilitador da expressão do cuidar, como refere Locsin (2007). A tecnologia pode ser descrita como aquilo que alcança eficiência, a competência tecnológica é reconhecida como cuidar em enfermagem, uma vez que, segundo Ashworth (1990), em cuidados intensivos há um envolvimento da humanidade com a tecnologia. A condição da pessoa em cuidados intensivos pode mudar rapidamente sendo necessária uma intervenção rápida e qualificada, neste sentido a monitorização e o

uso de tecnologia de suporte de vida podem ser consideradas uma forma de cuidados centrados na pessoa (Galvin, 2010).

Em contexto de UCI, devemos prestar cuidados holísticos usando a tecnologia disponível e necessária para que o objetivo final seja atingido, ou seja, o bem-estar e recuperação da pessoa.

Segundo Hesbeen (2000), realizar procedimentos num corpo humano tem muitas vezes a ver com o registo do complicado (corpo-objeto), mas, ajudar alguém numa situação de vida que lhe é própria é um processo complexo (corpo-sujeito). O “princípio do pensamento complexo é que um sistema vivo deve, ao mesmo tempo, ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõem e sobretudo sem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre esses vários elementos” (p.34), “a consciência da complexidade faz-nos compreender que nunca poderemos escapar à incerteza e que nunca poderemos ter um conhecimento total” (p. 36). Nesta medida, percebe-se que a enfermagem é muitas vezes complexa, porque cuidar de pessoas não se processa sempre da mesma forma, não pode ser esquematizado, tem que ser adaptado tendo em conta a pessoa alvo de cuidados.

Ser enfermeiro em cuidados intensivos é aprender a lidar com a imprevisibilidade das situações, mas o mais importante é antecipar o que possa acontecer e agir em conformidade, de forma precoce. Para que possamos prestar cuidados de enfermagem de qualidade temos que ter uma forte base teórica e conduzir a nossa prática baseada na melhor evidência disponível, estimulando o nosso pensamento crítico.

O encontro com patologias com as quais não estamos familiarizados permite-nos desenvolver um trabalho mais robusto no que respeita à aquisição e desenvolvimento de competências, assim como à reflexão das nossas práticas, num ambiente que apesar de conhecido, é estranho, em que a palavra de ordem é o tratamento de pessoas com pneumonia por SarsCov2 e todas as comorbilidades associadas.

Desta forma, passo a relatar as atividades que realizei descrevendo-as de forma refletida para a concretização dos respetivos objetivos.

Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo	Atividades
a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none">- Consultar normas e procedimentos do serviço;- Reunir com o Enfermeiro Tutor, validando objetivos e atividades a desenvolver;- Observar de modo participado os cuidados prestados à pessoa em situação crítica;-Efetuar registos de enfermagem.
b) Prestar cuidados à pessoa em situação crítica/família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar, diagnosticar e planejar as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas detetados;- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família;- Realizar e gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos.
c) Desenvolver competências na prevenção e deteção precoce da sépsis	<ul style="list-style-type: none">- Realizar observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de informações relevantes;- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa na área da deteção precoce da sépsis.

a) Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento de uma Unidade de Cuidados Intensivos

O ambiente de UCI é para mim conhecido, uma vez que exerço funções numa UCI polivalente. No entanto, cada serviço tem a sua dinâmica de trabalho e a especificidade desta unidade, totalmente dedicada a doentes COVID-19, obrigou-me a consultar normas, procedimentos e protocolos disponíveis, assim como conhecer perfeitamente a estrutura física e circuitos existentes, de forma a prevenir a propagação desta pandemia.

Desta forma, iniciei este percurso com uma reunião com a Enfermeira Chefe da UCI de forma a ter conhecimento relativo aos itens acima referidos.

Seguidamente reuni com a enfermeira tutora de forma a validar os objetivos e as atividades a desenvolver, assim como foi-me possível a interação com os vários elementos que compõem a equipa.

Outro aspeto importante da minha integração foi a observação participada nos cuidados, assim como o conhecimento do sistema informático em uso (*B-simple*), por mim desconhecido, de forma a pesquisar dados clínicos e realizar registos de enfermagem garantindo a continuidade de cuidados e contribuir para a segurança da pessoa.

Resultados – A integração no serviço e na equipa multidisciplinar foi essencial para a minha adaptação a um contexto novo, como elemento ativo e participativo na prestação de cuidados. A disponibilidade e colaboração da enfermeira orientadora, assim como os outros elementos da equipa multidisciplinar, contribuíram para o sucesso da integração e, conseqüentemente, a aquisição e o desenvolvimento de competências.

A consulta de procedimentos internos e orientações específicas decorrentes da especificidade desta unidade, facilitou todo este percurso, contribuindo assim para a segurança quer da pessoa, quer dos profissionais.

A especificidade deste contexto levou a que a integração assumisse uma importância crucial na prevenção e controlo de infeção de forma a impedir a propagação da pandemia que vivemos, permitindo-me também desenvolver conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar e na prevenção e controlo de infeção (OE, 2018).

b) Prestar cuidados à PSC/família em contexto de UCI

A vulnerabilidade cria stress e ansiedade e produz efeitos a nível fisiológico, psicológico e social. Todos somos vulneráveis em alguma altura da nossa vida.

As pessoas internadas em UCI têm uma vulnerabilidade acrescida, tendo um carácter situacional, uma vez que, uma pessoa que não é particularmente vulnerável à doença num ambiente, pode tornar-se altamente vulnerável noutra (Rogers, 1997). Isto verifica-se, por exemplo em pessoas portadoras de uma condição crónica, que no seu dia-a-dia, apesar das suas eventuais limitações, não são particularmente vulneráveis, mas a que necessidade de um internamento, pode deixá-los indefesos.

Existem determinados grupos de pessoas com vulnerabilidade acrescida, devendo os enfermeiros identificar quais os fatores que podem aumentar ou diminuir esta condição, pois a vulnerabilidade depende do suporte ambiental e dos recursos individuais e têm uma relação inversa (Rogers, 1997).

A identificação dos pontos fortes da pessoa e família podem contribuir para reduzir ou mesmo combater a vulnerabilidade. Assim, os fatores que mais potenciam tanto física como emocionalmente a vulnerabilidade da pessoa internada em cuidados intensivos são os graus de dependência que experienciam, não podendo satisfazer as suas próprias necessidades básicas. Cabe aos enfermeiros, estarem atentos a este

fator e tentar antecipar as situações para que a pessoa, sinta que estamos atentos às suas necessidades, diminuindo a sua ansiedade e conseqüentemente a sua vulnerabilidade (McKinley et al., 2002).

Avaliar o nível de consciência numa UCI é muito difícil. Nesta medida, foi desenvolvida a escala *Full Outline of Unresponsiveness* (FOUR), que contrariamente à *Glasgow Coma Scale* (GCS) não inclui resposta verbal, sendo mais útil para avaliação da PSC submetida a intubação e ventilação mecânica. A escala FOUR é capaz de detetar condições que a GCS não deteta, como a medição de reflexos do tronco cerebral, determinação de abertura dos olhos, espectro de respostas motoras e presença de ritmos anormais de respiração e um estímulo respiratório. A escala FOUR avalia quatro parâmetros: resposta ocular, resposta motora, resposta de tronco e respiração. Os reflexos do tronco cerebral a serem testados são a pupila e os reflexos da córnea (Iyer et al., 2009). Nesta medida, foi-me possível desenvolver competências na aplicação desta escala, pois apesar de conhecê-la, nunca a tinha aplicado.

A sedação para pessoas submetidas a ventilação mecânica é clinicamente necessária e deve ser ajustada de acordo com a avaliação individual e de acordo com as necessidades identificadas. O ajuste da sedação por meio de um protocolo pode reduzir o tempo de ventilação mecânica e o tempo de permanência na UCI e, posteriormente, o tempo de permanência no hospital, assim como a taxa de mortalidade e os custos associados (Taran et al., 2019).

Assim sendo, a sedação inadequada pode afetar os resultados esperados e os custos associados, pois só fornecendo à pessoa conforto com um nível ajustado de sedação, esta pode acordar facilmente no curso normal do sono e vigília. No entanto, algumas pessoas podem precisar de um nível mais profundo de sedação para facilitar a ventilação mecânica.

A utilização de protocolos de sedação pode proporcionar o controle adequado da agitação, do alívio a dor e, aumentar o nível de consciência da pessoa, facilitando assim, as intervenções de enfermagem, nomeadamente encontrar as causas da agitação antes da administração de qualquer fármaco, e prevenir assim a sedação excessiva.

A *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) é uma das ferramentas recomendadas para determinar o nível de sedação nas unidades de cuidados

intensivos. Esta escala pontua de -5 "sem resposta" a +4 "combativo, violento". A aplicação de escalas de sedação foi relacionada a melhores resultados e a avaliação frequente do nível de consciência com escalas de sedação é altamente recomendada em diretrizes de prática clínica (Namigar et al., 2017).

Importante referir que a RASS contribui também para o diagnóstico de uma disfunção cerebral aguda com repercussões funcionais e risco de mortalidade - *delirium*. Esta situação só é possível avaliar em pessoas com RASS superior ou igual a três. As escalas que se poderão usar são a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) e a *Confusion Assessment Method – Intensive Care Units* (CAM-ICU).

É frequente as pessoas permanecerem por longos períodos em UCI, o que leva ao desenvolvimento de *delirium* que é caracterizado por uma síndrome confusional aguda, sendo um grave transtorno neuropsiquiátrico de origem orgânica que se caracteriza por desencadear alterações do estado de consciência e das funções cognitivas, tendo um curso flutuante. Suas manifestações mais distintas são as alterações de atenção (falta de atenção ou hipervigilância) e de percepção do meio envolvente (ideias delirantes ou alucinações), pode ser manifestado por agitação ou hipoatividade, sendo esta última forma de manifestação mais difícil de diagnosticar (Palencia-Herrejón et al., 2008). O *delirium* pode estar associado a um aumento da mortalidade, prolongamento da ventilação mecânica e a um aumento do tempo de internamento (Tomasi et al., 2012).

Desta forma, os enfermeiros de cuidados intensivos devem considerar que o *delirium* é um problema frequente e grave, largamente subdiagnosticado, e que a utilização de ferramentas específicas é uma mais-valia para o diagnóstico e tratamento desta síndrome. Quando a equipe está mais capacitada para reconhecer os fatores de risco que levam ao *delirium*, mais sensibilizados estarão quanto à importância da sua prevenção e detecção precoce (Nério et al., 2020).

Atualmente existem instrumentos validados para diagnosticar e monitorizar o *delirium*, permitindo a detecção precoce desta disfunção orgânica e início precoce do tratamento. Nesta medida foi-me possível a utilização de escalas específicas para o efeito, assim como compreender quais as intervenções de enfermagem que podem contribuir para o seu tratamento, particularmente a administração de terapêutica

dirigida e a orientação da pessoa para a realidade, diminuindo assim a confusão mental existente.

Proporcionar conforto à pessoa e reduzir a sua dor é umas das mais desafiantes intervenções de enfermagem em qualquer serviço de saúde, tendo um peso maior em UCI devido à múltipla tecnologia envolvida que contribui para um ambiente hostil, agravado pelos procedimentos invasivos a que a pessoa está sujeita e pelo facto de não conseguir na maioria das vezes, expressar o seu desconforto.

Durante a realização deste estágio tive a oportunidade de utilizar a *escala de conductas indicadoras de dolor* (ESCID), por mim desconhecida e que avalia comportamentos indicadores de dor para a monitorização deste sinal vital em pessoas conectadas a prótese ventilatória. Esta escala foi criada em 2011 em Espanha e é subdividida em cinco domínios: expressão facial; tranquilidade; movimentos corporais, incluindo cabeça e membros; adaptação à ventilação mecânica e o conforto. Com pontuação de zero a dois pontos em cada domínio e uma totalidade de zero a dez pontos (López-López et al., 2018).

É possível observar dois domínios a mais que na BPS, a tranquilidade e o conforto, o que aproxima o enfermeiro à pessoa, seja por forma verbal e/ ou por estímulos táteis. Essa escala foi comprovada e validada em PSC com ventilação mecânica e pós cirúrgicos, através de três procedimentos: mobilização no leito; aspiração endotraqueal e toque com compressa sobre a pele íntegra.

A posição prona parecia subutilizada, até ao início da pandemia de COVID-19. Contudo, no tratamento de pessoas com essa patologia a mesma foi amplamente adotada (Guérin et al., 2020). É usada em pessoas com síndrome de dificuldade respiratória aguda moderada a grave. Está associada a um risco acrescido de obstrução do tubo orotraqueal e desenvolvimento de úlceras de pressão (Munshi et al., 2017), revestindo-se de importância crucial a adequada toilette brônquica, assim como o alívio das zonas de pressão, intervenções de enfermagem que melhoram o *outcome* das pessoas.

A posição prona altera a mecânica e a fisiologia das trocas gasosas resultando numa melhor oxigenação. Melhora as trocas gasosas através das diferenças de pressão transpulmonar ventro dorsal, reduzindo a compressão dorsal do pulmão e melhorando a sua perfusão, tornando a ventilação mais homogênea, levando a uma diminuição da hiperinsuflação alveolar ventral e colapso alveolar dorsal. Como

resultado, a distensão alveolar reduzida limita a lesão pulmonar associada ao ventilador por superdistensão e atelectasia cíclica. A ventilação prona também recruta os alvéolos que colapsaram durante a ventilação supina, um processo que pode continuar ao longo do tempo quando a pessoa está deitada em prono enquanto recebe pressão expiratória final positiva apropriada (Munshi et al., 2017; Paiva & Beppu, 2005).

O resultado é uma melhor ventilação e oxigenação, que muitas pessoas mantêm mesmo depois de retornarem à posição supina. Apesar destas vantagens, não podemos esquecer as complicações que poderão advir deste decúbito, de forma a preveni-las ou, quando não é possível, pelo menos minimizá-las, são elas: compressão nervosa (por exemplo, lesão do plexo braquial); lesão por esmagamento; estase venosa (por exemplo, edema facial); exteriorização tubo endotraqueal; limitação do diafragma; úlceras de pressão (por exemplo, facial); deslocamento de cateteres vasculares ou tubos de drenagem; lesão na retina; redução transitória da saturação arterial de oxigênio; vômito e arritmias cardíacas transitórias.

Dada a minha inexperiência na execução desta técnica, a sua utilização frequente contribuiu para desenvolver competências nesta área, dado que, a especificidade do posicionamento e o grau de gravidade destas pessoas, é imprescindível que a equipa possua um conjunto de conhecimentos específicos para que a sua concretização decorra sem intercorrências. Assim, realizei pesquisa bibliográfica para compreender a mecânica e a fisiologia das trocas gasosas neste decúbito, assim como as complicações daí decorrentes de forma a executar uma vigilância eficaz de forma a preveni-las.

A prevenção e o controlo da infeção hospitalar são competências a desenvolver durante o mestrado na área de especialização à PSC, onde é referido que o enfermeiro deve promover a intervenção na prestação de cuidados de enfermagem, controlo da infeção perante a PSC e/ou em falência orgânica (ESEL, 2010). Sendo responsabilidade do enfermeiro cumprir as normas de boas práticas recomendadas pela comissão de controlo de infeção hospitalar. Uma das preocupações inerente ao enfermeiro de cuidados intensivos é a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), devendo executar uma correta higiene oral, assim como manter a *cuff* do tubo orotraqueal devidamente insuflado.

As tubos com dispositivo de aspiração supra-*cuff*, por mim desconhecidos, permitem a aspiração de secreções subglóticas, proporcionando benefícios à PSC, uma vez que reduzem a incidência de PAV e, conseqüentemente, os custos hospitalares (Souza & Santana, 2012). Desta forma foi-me possível intervir na prevenção da PAV, uma infecção frequente nas UCI e em que devemos ter um papel ativo na sua prevenção.

Nas pessoas com suporte ventilatório prolongado, a realização da traqueostomia pode ser benéfica na medida em que existe menor taxa de auto-extubação, maior conforto para a pessoa, possibilidade de comunicação e melhor higiene oral (Vianna, 2007). Assim, este procedimento foi realizado diversas vezes pelo equipa de otorrinolaringologia dado o tempo prolongado de internamento e dependência da prótese ventilatória destas pessoas.

A pandemia em que vivemos levou ao afastamento da família da pessoa, sendo essencial a intervenção do enfermeiro na interação destes, nomeadamente através de videochamadas ou visitas programadas. O cuidado centrado na família, deve ser baseado numa relação de confiança, respeito, interação, conforto e apoio, de modo a garantir que consiga compreender a informação fornecida, de forma a lidar de forma mais assertiva com a situação clínica do seu familiar, “a família do doente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional” (Eggenberger & Nelms, 2007) citado por (Sá et al., 2015 p.33). Desta forma tornei possível, apesar de todos os constrangimentos existentes, que a pessoa mantivesse o contacto com os seus familiares através de videochamadas, com a devida autorização dos intervenientes, assim como a marcação de visitas esporádicas, com todo o ensino que isso envolve na aplicação e remoção dos equipamentos de proteção individual.

Cada vez mais se fala em dotação segura e rácios em enfermagem, pelo que se torna particularmente útil a utilização de instrumentos de medida. Atualmente o instrumento de medida de carga de trabalho (*nursing workload*) de enfermagem mais utilizado em UCI é o *Nursing Activities Score* (NAS), que apesar de conhecido por mim, nunca me tido sido possível implementar. O NAS foi validado e traduzido para o português em 2002, ele é o resultado da modificação do *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). O NAS contempla 80,8% das atividades de enfermagem, superando o TISS-28 com sua abrangência de 43,3% (De Oliveira et al.,

2019). Desta forma pode ser efetuada a distribuição das pessoas de forma mais equitativas, assim como permite às chefias justificar o défice de enfermeiros existentes na unidade em que é implementado este instrumento de medida.

A longo deste estágio realizei um estudo de caso com o objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com falência de múltiplos órgãos. O estudo de caso é uma prática educativa que permite problematizar e aproximar a teoria da prática, sendo uma possibilidade de interdisciplinaridade e de sistematização dos cuidados de enfermagem (Silva et al., 2014).

O estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem, proporcionando uma intervenção individual e personalizada, na qual a pessoa é vista como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas, sendo um elo entre as diversas áreas que atuam de forma integrada nos problemas da pessoa. O estudo de um caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão perante outras situações (Galdeano et al., 2003).

Resultados – No decorrer deste estágio as minhas atividades incidiram principalmente sobre a prestação de cuidados à pessoa com pneumonia associada a SarsCov2, no entanto esteve sempre presente a visão holística da pessoa, nomeadamente as comorbilidades existentes em cada pessoa, a antecipação da instabilidade e falência orgânica, assim como as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica não esquecendo a família em que se encontrava inserida. A discussão de casos clínicos com enfermeiros peritos, assim como o esclarecimento de dúvidas relativas a intervenções e utilização de dispositivos médicos por mim desconhecidos, contribuiu para uma maior consolidação de conhecimentos, conferindo maior segurança na implementação das intervenções planeadas, assim como possibilitando a identificação de sinais e sintomas de deterioração clínica, antevendo focos de instabilidade.

A prestação de cuidados de enfermagem foi baseada no conhecimento científico adquirido ao longo dos anos, na consulta de bibliografia no decurso do estágio, contribuindo assim, para prestar cuidados individualizados, respeitando a singularidade de cada pessoa, assim como os seus princípios e valores morais, éticos, socioculturais, pessoais e normas deontológicas. Desta forma, foi-me possível

demonstrar conhecimentos na gestão da vulnerabilidade vivenciada pela PSC e sua família, avaliar a dor, contribuindo para um maior conforto da pessoa e na gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Foi-me também possível a monitorização do nível de consciência através de escalas diferentes das da minha prática enquanto profissional, assim como contribuir para a gestão do delirium, distúrbio tão frequente na PSC e tão subdiagnosticado, contribuindo assim para uma recuperação mais facilitadora da pessoa.

Todos nós somos pessoas integradas numa família e numa comunidade, e não é o facto de estarmos doentes que podemos esquecer essa vertente. O envolvimento de familiares ou outras pessoas significativas pode ser útil, uma vez que, a tomada de decisão compartilhada, reforça a autonomia da pessoa por meio da participação destas, permitindo assim um tratamento com dignidade, respeitando os valores e crenças da pessoa alvo de cuidados.

De forma a prestarmos cuidados seguros, é necessário adequar o rácio de enfermeiros à carga de trabalho existente, pelo que a implementação de instrumentos de medida torna-se mais facilitador nessa distribuição, facilitando a gestão dos cuidados de enfermagem, e garantindo uma maior segurança da pessoa.

Face ao exposto, penso ter atingido o objetivo a que me propus, em concordância com o estabelecido no plano de estudos do CMEPSC da ESEL e com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica.

c) Desenvolver competências na prevenção e deteção precoce da sépsis

Devido à crescente evolução tecnológica, as UCI, dispõem cada vez mais de dispositivos de monitorização invasiva que funcionam como uma “porta de entrada” para os microrganismos, tendo a equipa de enfermagem um dever acrescido na manutenção e manuseamento dos mesmos com vista a minimizar e prevenir a propagação de infeções. Neste sentido, é da responsabilidade do enfermeiro que cuida da PSC cumprir e promover o cumprimento das precauções básicas na prevenção das infeções, nomeadamente na manutenção e manuseio de dispositivos médicos (OE, 2019).

Neste nível de cuidados, é frequente as pessoas chegarem já numa fase avançada da doença, pelo que o nosso foco de cuidados deve ir para o tratamento e não para a

prevenção. Não obstante, não podemos esquecer que apesar da pessoa já ter um foco infeccioso que lhe provocou a sépsis, decorrente dos cuidados de saúde necessários para o seu tratamento, tem também um risco acrescido de contrair novas infeções, quer pelo débil sistema imunitário, quer pela utilização de diversos dispositivos invasivos, desempenhando o enfermeiro um papel de destaque na prevenção das mesmas.

A insuficiência renal aguda, na PSC em UCI está frequentemente associada a uma disfunção de múltiplos órgãos e sépsis, com tendência à progressão, associada a uma elevada taxa de mortalidade, com necessidade de serem submetidas a Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR). Nestas Unidades a técnica mais utilizada é a hemodiafiltração venovenosa contínua, atendendo ao estado hemodinâmico da pessoa. A diálise consiste num processo físico-químico no qual duas soluções de concentrações diferentes são separadas por uma membrana semipermeável onde ocorre transferência de solutos e líquidos entre os dois lados até se removerem os fluidos em excesso e igualarem as concentrações de solutos, corrigindo assim os desequilíbrios hidroelectrolíticos e ácido base, assim como remover os produtos de degradação (Pinho, 2020).

A SDMO é mais comum em pessoas adultas com trauma, sépsis ou choque e está associada a uma alta taxa de mortalidade e morbidade. Os fatores de risco mais comuns são choque por qualquer causa, sépsis e hipoperfusão tecidual (Ramírez, 2013). Os sistemas de órgãos afetados envolvidos são: respiratório, cardiovascular, renal, hepático, gastrointestinal, hematológico, endócrino e sistema nervoso central. A disfunção de múltiplos órgãos é a causa mais comum de morte em UCI. O reconhecimento dessa síndrome nos últimos 30 anos poderá estar relacionado com os avanços da medicina e a ressuscitação precoce (Johnson & Mayers, 2001).

Pelo exposto, torna-se necessário a formação das equipas de saúde para que reconheçam os sinais e sintomas de deterioração clínica, assim como a importância da intervenção precoce, prevenindo atempadamente a disfunção de múltiplos órgãos e risco eminente de morte.

Durante o estágio foi-me possível o desenvolvimento de competências na prevenção e deteção precoce da sépsis. Apesar de ser um ambiente em que todas as pessoas apresentavam infeção por SarsCov2, foi-me possível intervir na deteção precoce da deterioração clínica, assim como dar a conhecer a escala MEWS e sua

aplicabilidade na detecção precoce da instabilidade da PSC, sendo uma ajuda na tomada de decisão clínica.

Não menos importante, foi a possibilidade de desenvolver competências na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Apesar de mais difícil no contexto atual, devido aos equipamentos de proteção individual que usamos, que obrigam a uma higiene das mãos adaptada para uma correta desinfecção das luvas que usamos, bem como colocar sempre outras luvas no contacto com a pessoa doente.

Os dispositivos invasivos eram trocados de dez em dez dias e os cateteres e linhas arteriais eram protegidos com apósitos transparentes de forma a despistar a existência de sinais inflamatórios nos locais de inserção.

Resultados – A realização das atividades acima descritas permitiu-me desenvolver competências na prevenção e detecção precoce da sépsis, assim como no seu tratamento. Esta intervenção tornou-se particularmente difícil, na medida em que todas as pessoas ali internadas tinham o diagnóstico de infeção e a quase totalidade numa fase avançada da doença e até já com disfunção de múltiplos órgãos, necessitando frequentemente de técnicas que substituíssem as funções fisiológicas, nomeadamente as TSFR.

Nesta medida torna-se fundamental a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, revestindo-se de particular importância nesta população que faz terapêutica imunossupressora e tem vários dispositivos invasivos, aumentando de forma exponencial o risco de adquirir novas infeções.

A equipa de enfermagem é constituída por elementos com tempo de profissão reduzido, pelo que o conhecimento da escala MEWS foi impulsionador na detecção precoce da deterioração fisiológica, uma vez que os enfermeiros iniciados têm um comportamento tipicamente limitado e rígido e são necessárias normas para guiar os atos em função dos diversos elementos (Benner, 2001).

Assim, desenvolvi competências na área da prevenção e controlo de infeção, tão presente neste contexto pandémico e tratamento de pessoas com pneumonia por SarsCov2. Logo, foi maximizada a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, perante a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada e em tempo útil pelo risco acrescido de

desenvolvimento de infeções face à necessidade de múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica para a manutenção da vida.

Não menos importante foi o desenvolvimento de competências na identificação precoce de focos de instabilidade e risco de falência orgânica, assim como a resposta pronta e célere, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018).

Também me foi possível desenvolver competências na área da disseminação do conhecimento contribuindo assim para a formação dos pares e ajudando no combate à sépsis, mais concretamente na divulgação da escala MEWS e perceber em que medida foi útil para a deteção precoce de focos de instabilidade, através da aplicação de um questionário de avaliação aos enfermeiros envolvidos (Apêndice I).

2.3. Atividades contínuas de desenvolvimento profissional

Durante a realização dos estágios, tive a oportunidade de participar em diversos eventos científicos que serviram de complemento ao desenvolvimento de competências na área de especialização à PSC e mais concretamente à pessoa com sépsis ou suspeita de sépsis (Anexo I). Em concreto:

- Webinar “Investigação em Enfermagem 2020 | Encontro de Investigadores”, organizado pela Ordem dos Enfermeiros no dia 04 de Novembro de 2020;
- Webinar “Enfermagem em Cuidados Intensivos: Cuidar em tempos de pandemia”, organizado pela Editora LIDEL, no dia 18 de novembro de 2020;
- Webinar “Emergência do extra-hospitalar para o intra-hospitalar”, organizado pela UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), pelo INEM e pelos Estudantes do 7ºCMEMC/ 8ºCPLEEMC da ESSV, no dia 19 de Fevereiro de 2021;
- “VII congresso internacional de cuidados intensivos - e de repente tudo mudou”, organizado pela Associação de Apoio ao Serviço e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021;
- Congresso Internacional de Controlo de Infeção, organizado pela IXUS, nos dias 25 e 26 de Março de 2021;

- Webinar “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 2”, organizado pela Ordem dos Enfermeiros, no dia 31 de Março de 2021;
- “World Sepsis Congress 2021 – Advancing Prevention, Survival, and Survivorship or Sepsis and COVID-19” organizado pela Global Sepsis Alliance, nos dias a 21 e 22 de abril;
- Webinars organizados pela Global Sepsis Alliance:
 - How diagnostics contribute to defining ‘Sepsis’, no dia 20 de Outubro de 2020;
 - Developing Systems for Rural Sepsis Care, no dia 19 de Novembro de 2020;
 - Hospital Acquired Sepsis: Early Recognition and Intervention, no dia 5 de Dezembro de 2020;
 - Healthcare-Associated Infection Mini-Summit, no dia 10 de Dezembro de 2020;
 - Antimicrobial Stewardship and Management of Sepsis: Two Sides of the Same Coin, no dia 17 de Dezembro de 2020;
 - Sepsis in Older Adults: Are We Up for the Challenge?, no dia 14 de Janeiro de 2021;
 - Sepsis in the Time of COVID-19: Perspectives From Front-line Sepsis Coordinators, no dia 25 de Fevereiro de 2021.

2.4. Atividades de investigação e disseminação de conhecimento

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante que contribua para avançar e melhorar a prática de enfermagem (OE, 2019), nesta medida, realizei as seguintes atividades:

- VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería "Nuevos tiempos, nuevos retos", participei com a apresentação de uma comunicação que se intitulou “A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica”. Neste congresso, que decorreu on-line de 17 a 24 de Março de 2021, foi-me possível visualizar trabalhos elaborados sobre as mais diversas temáticas, assim como perceber pelos comentários deixados,

que o trabalho por mim elaborado contribuiu para disseminar conhecimento na área da sépsis (Apêndice II)

- Enviei para publicação o resultado da revisão integrativa da literatura por mim realizada numa revista científica, permitindo um crescimento científico e profissional, possibilitando aprofundar conhecimentos numa determinada área específica de enfermagem, assim como o desenvolvimento da capacidade reflexiva.
- A disseminação da escala MEWS, como instrumento de apoio à decisão clínica foi realizada através do envio para publicação de artigo em revista científica de forma a ser possível melhorar as práticas de enfermagem, principalmente na identificação precoce de focos de instabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sépsis é considerada uma patologia desafiadora, na medida em que o seu quadro clínico pode manifestar-se por alterações inespecíficas e subtis dos parâmetros vitais, os sinais e sintomas apresentados podem ser atribuídos a outras patologias comuns, existindo ainda uma dificuldade acrescida em pessoas com disfunção orgânica pré-existente, tornando difícil o seu diagnóstico em estádios iniciais.

Uma vez que a maioria das pessoas com sépsis recorrem ao SU, este é um importante local para o reconhecimento precoce e tratamento desta patologia. Os enfermeiros são os primeiros a fazer a triagem das pessoas e por isso, têm um papel fundamental no reconhecimento dos sinais e sintomas de sépsis. Não se pode ignorar que esta quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir para um conjunto de reações dramáticas e catastróficas, desenvolvidas pelo ser humano em resposta à invasão de micro-organismos patogénicos, progredindo para choque séptico e falência da homeostasia, instalando-se assim a SDMO, culminando num aumento da morbidade e numa redução substancial da taxa de sobrevivência, pelo que é imperativo aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia desta doença e efetuar uma rigorosa avaliação da pessoa.

Sendo que os enfermeiros estabelecem uma relação de proximidade com a pessoa, têm a oportunidade e a responsabilidade de suspeitar de sépsis e iniciar o processo clínico. A formação sobre a identificação apropriada e o tratamento da sépsis e do choque séptico é necessária em todos os níveis de experiência, devendo existir a valorização do conhecimento e a sensibilização de que as intervenções de enfermagem salvam vidas, e quanto mais cedo diagnosticados os casos de sépsis, maior a taxa de sobrevivência destas pessoas (Miranda et al., 2018).

Desta forma, o meu percurso foi iniciado no SU uma vez que o reconhecimento e o tratamento precoce no SU são essenciais para a intervenção precoce direcionada por objetivos e redução da mortalidade, sendo importante a existência de uma equipa multidisciplinar na qual o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida na prevenção, deteção precoce e controlo desta problemática.

Durante a realização deste estágio foi-me possível adquirir/desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em múltiplas situações e não apenas

restringir a minha prática de cuidados à pessoa em contexto ou suspeita de sépsis. Por ser um SU polivalente e ter tido a oportunidade de prestar cuidados nos diversos setores que o compõem, considero uma experiência extremamente rica no desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem à PSC, contribuindo assim para atingir os objetivos a que me propus.

Neste contexto, foi-me possível intervir junto das pessoas com dor e realizar a gestão da terapêutica, assim como a realização de intervenções não farmacológicas promotoras de conforto, tantas vezes difícil num SU movimentado e com poucos recursos.

Relativamente ao desenvolvimento de competências em intervenções dirigidas a pessoas com ou suspeita de sépsis, uma vez que o SU é a porta de entrada para estas pessoas, importa referir que me foi possível por diversas vezes a implementação das diretrizes emanadas pelo SSC, nomeadamente a colheita de produtos biológicos antes da administração de antibióticos, a administração de antibióticos, a ressuscitação com fluidos e a administração de vasopressor quando necessário (Rhodes et al., 2017).

Este reencontro com problemáticas e dinâmicas com as quais tínhamos perdido algum contacto, permitiu-nos desenvolver um trabalho mais rico no que à reflexão, aquisição e desenvolvimento de competências diz respeito.

Seguidamente, realizei estágio na UCI, contexto este, onde se monitoriza, preserva e recupera as funções vitais alteradas ou em falência, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis. Aqui, tive a oportunidade de desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação ou suspeita de sépsis. Assim, avaliei, planeei e executei intervenções a pessoas afetadas pela pandemia COVID-19 e suas complicações, nomeadamente, internamentos e dependência de prótese ventilatória prolongados. Daqui também posso salientar o afastamento da família devido a esta contingência, em que o enfermeiro contribui como elo de ligação para que possa haver uma aproximação entre os entes queridos, quer por realização de videochamada, quer pelo agendamento de visitas esporádicas, esclarecendo dúvidas e gerindo a ansiedade relacionada com o internamento do seu familiar, pois, apesar do necessário distanciamento físico, permitir a presença limitada da família

pode ser necessária para o bem-estar da pessoa e para manter a integridade familiar (Hart et al., 2020).

De referir que esta experiência teve um forte impacto nos aspetos relacionados com a prevenção e controlo de infeção, permitindo o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC com sépsis/choque séptico. O facto de ser uma unidade dedicada a doentes COVID-19, foi ainda um desafio acrescido na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em UCI.

Tendo por base o plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), assim como o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e o do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018; 2019), posso afirmar que foram adquiridas as competências especializadas preconizadas, nomeadamente:

- Prestar cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, avaliando o resultado dos cuidados;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;
- Assistir a pessoa, família/cuidador em situação crítica nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação clínica;
- Responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção;
- Dinamizar a resposta e cuidado à PSC em contexto de pandemia.

Para o sucesso no desenvolvimento destas competências foi crucial a pesquisa da melhor evidência científica, integração na equipa multidisciplinar, conhecer as normas e procedimentos vigentes em cada serviço, observar e refletir com os enfermeiros orientadores e a professora orientadora, assim como a realização constante de autoavaliação e crítica reflexiva sobre os cuidados prestados de forma a assegurar a qualidade dos mesmos.

A mudança nas práticas e a progressiva capacidade em refletir na e sobre a prática, gera uma promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, não esquecendo a necessidade constante de fundamentar as decisões e basear as práticas na melhor evidência científica.

O contato com realidades e contextos diferentes daqueles em que exercemos contribui para fortalecer a reflexão crítica e desenvolver competências especializadas, na medida em que, para promover o desenvolvimento profissional torna-se necessário questionar o quê, o como e o porquê do planejamento e das intervenções de enfermagem, questões essas mais presentes hoje, que outrora.

Considero ter desenvolvido competências na detecção e tratamento precoce da sépsis, assim como na disseminação de conhecimento nesta área junto da equipa multidisciplinar, contribuindo assim para a efetividade, eficácia e qualidade dos cuidados prestados às pessoas com sépsis.

A investigação adquiriu uma importância singular ao longo deste percurso, na medida em que é fundamental para implementar uma prática baseada na evidência. A RIL por mim realizada teve um papel ativo para o meu desenvolvimento de competências, assim como poderá vir a ser útil para os pares, ao concluir-se a sua publicação e divulgação em congressos.

Desta forma, reforço a necessidade da continuidade da formação das equipas de saúde nesta área, tantas vezes negligenciada e de difícil diagnóstico, para que todos juntos possamos combater esta realidade problemática, que só a detecção e a intervenção precoce podem travar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2012). *Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181–190. Acedido em: 28/11/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000400023>
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(7), 79–88. Acedido em: 02/03/2021. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-7988.pdf>
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, (6), 150–160. Doi: [10.1016/0266-612x\(90\)90074-h](https://doi.org/10.1016/0266-612x(90)90074-h)
- Benito, G. A. V., Tristão, K. M., Paula, A. C. S. F. de, Santos, M. A. dos, Ataíde, L. J., & Lima, R. de C. D. (2012). *Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 172–178. Acedido em: 15/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000100025>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X
- Branco, M. J., Lucas, A. P., Marques, R., & Sousa, P. (2020). *O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse*. 73(4), 1–8. Acedido em: 15/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>
- Brazão, M. da L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). *Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 8–14. Acedido em: 17/11/2020. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2015). *Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King Communication*. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 467–474. Acedido em: 02/06/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
- Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., & Chong, D. (2012). *Early Detection and Treatment of Severe Sepsis in the Emergency Department: Identifying Barriers to Implementation of a Protocol-based Approach*. *Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 512–517. Acedido em: 17/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.011>

- Carneiro, A., Andrade-Gomes, J., & Póvoa, P. (2016). *Cara Sépsis-3, Lamentamos Dizer-lho, Mas Não Gostamos de Si. Medicina Interna*, 23(4), 56–60. Acedido em: 02/10/2020 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v23n4/v23n4a14.pdf>
- CIPE Versão 2. (2011) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95099-18-0
- Contrin, L. M., Paschoal, V. D., Beccaria, L. M., Cesarino, C. B., & Lobo, S. M. A. (2013). *Qualidade de vida de sobreviventes de sepse grave após alta hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem*, 21(03), 01–08. Acedido em: 17/09/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0795.pdf
- Couto, J. F., Tyrrel, M. A. R., Araújo, S. T. C. de, Tonini, T., Machado, W. C. A., & Figueiredo, N. M. A. de. (2020). *Trazendo Nightingale para o século XXI: Retrospectiva do cuidado de Enfermagem na perspectiva da Teoria Ambientalista. Research, Society and Development*, 9(8). Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3122>
- Curtis, K., Murphy, M., Hoy, S., & Lewis, M. J. (2009). *The emergency nursing assessment process-A structured framework for a systematic approach. Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 130–136. Acedido em: 17/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2009.07.003>
- D'arco, C., Ferrari, C. M. M., De Carvalho, L. V. B., Priel, M. R., & Pereira, L. L. (2016). *Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. Mundo da Saude*, 40(3), 382–389. Acedido em: 22/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20164003382389>
- De Oliveira, P. M., Verreschi, Nakahata, K. S., & Marques, I. R. (2019). *Avaliação da demanda de intervenções de enfermagem em terapia intensiva segundo o Nursing Activities Score (NAS)*. 11(10), 1–10. Acedido em: 17/03/2021. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.25248/reas.453.2019>
- Decreto-Lei n.º107/2008 de 25 de Junho. Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. Diário da República, I série - N.º 121 - 25 de Junho de 2008. 3835–3853. ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Delaney, M. M., Friedman, M. I., Dolansky, M. A., & Fitzpatrick, J. J. (2015). *Impact of a sepsis educational program on nurse competence. Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(4), 179–186. Acedido em: 22/11/2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.3928/00220124-20150320-03>

Despacho n.º 5613/2015. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 102/2015, Série II de 27/05/2015. 13550–13553. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Despacho n.º 10319/2014. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 11/08/2014. 20673-20678. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018 *Sistemas de Triagem de Serviços urgência. Norma nº 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. Acedido em: 22/11/2020. Disponível em: www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Via Verde Sépsis no Adulto. Em Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017*. Acedido em: 15/09/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direcção-geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos- Recomendações para o seu desenvolvimento*. Acedido em: 24/02/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Acedido em: 22/11/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>

Dossey, B. M. (2010). *Florence Nightingale's Vision for Health and Healing. Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 221–224. Acedido em: 30/09/2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898010110383111>

Eppich, W. J., Brannen, M., & Hunt, E. A. (2008). *Team training: Implications for emergency and critical care pediatrics. Current Opinion in Pediatrics*, 20(3), 255–260. Acedido em: 30/11/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3282ffb3f3>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e Competências do CMEPSC*. Acedido em: 10/10/2019. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C->

65E531525C4C/0/Objectivoscompetenciasportal.pdf

- Fernandes, A., Geraldes, J., Batista, M., & Alves, P. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, nº 92, 50–55.
- Ferraz, A.P., & Belhot, R. V. (2010). *Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais Bloom's*. 421–431. Acedido em: 19/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.04.020>
- Fontana, R. T. (2006). *As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções*. *Revista brasileira de enfermagem*, 59(5), 703–706. Acedido em: 15/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672006000500021>
- Freitas, C., Preto, E., & Nascimento, C. (2017). *Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermaria hospitalar: uma revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Referência*, 121–132. Acedido em: 20/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17025>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11(3), 371–375. Acedido em: 20/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>
- Galvin, K. T. (2010). *Revisiting caring science: some integrative ideas for the «head, hand and heart» of critical care nursing practice*. *Nursing in critical care*, 15(4), 168–175. Acedido em: 20/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00394.x>
- Gonçalves-Pereira, J., Pereira, J. M., Ribeiro, O., Baptista, J. P., Froes, F., & Paiva, J. A. (2014). *Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the Intensive Care Unit: The INFAUCI study*. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(12), 1308–1315. Acedido em: 15/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12738>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martins, M. (2017). *Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do Nordeste de Portugal*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº15), 133–144. Acedido em: 12/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Guérin, C., Albert, R. K., Beitler, J., Gattinoni, L., Jaber, S., Marini, J. J., Munshi, L., Papazian, L., Pesenti, A., Vieillard-Baron, A., & Mancebo, J. (2020). *Prone position in ARDS patients: why, when, how and for whom*. *Intensive Care*

- Medicine*, 46(12), 2385–2396. Acedido em: 20/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06306-w>
- Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2020). Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e93–e97. Acedido em: 02/06/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar na Hospital- Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8
- Iyer, V. N., Mandrekar, J. N., Danielson, R. D., Zubkov, A. Y., Elmer, J. L., & Wijdicks, E. F. M. (2009). *Validity of the FOUR score coma scale in the medical intensive care unit. Mayo Clinic Proceedings*, 84(8), 694–701. Acedido em: 20/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4065/84.8.694>
- Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). *A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499–1517. Acedido em: 20/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12644>
- Johnson, D., & Mayers, I. (2001). *Multiple organ dysfunction syndrome: A narrative review. Canadian Journal of Anesthesia*, 48(5), 502–509. Acedido em: 19/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF03028318>
- Kagan, S. H. (2014). *Florence Nightingale's notes on nursing and the determinants of health. Cancer Nursing*, 37(6), 478. Acedido em: 17/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000199>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E., Light, B., Parrillo, J. E., Sharma, S., Suppes, R., Feinstein, D.; Zanotti, S., Taiberg, L., Gurka, D., Kumar, A., & Cheang, M. (2006). *Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Critical Care Medicine*, 34(6), 1589–1596. Acedido em: 02/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>
- Levy, M. M., Fink, M. P., Marshall, J. C., Abraham, E., Angus, D., Cook, D., Cohen, J., Opal, S., Vincent, J., & Ramsay, G. (2003). *2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Medicine*, 29(4), 530–538. Acedido em: 01/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-003-1662-x>

- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). *The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update*. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925–928. Acedido em: 01/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Lima, C. (2006). *Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanasia*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13, 79–82. Acedido em: 03/01/2021. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf
- Locsin, R. C. (2007). *Rapture and Suffering with Technology in Nursing*. *International Journal of Human Caring*, 11(1), 38–43. Acedido em: 03/02/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.38>
- López-López, C., Arranz-Esteban, A., Sánchez-Sánchez, M. del M., Latorre-Marco, I., Acevedo-Nuevo, M., Arias-Rivera, S., Solís-Muñoz, M., Rodríguez-Gonzalo A., & Pérez-García, S. (2018). *Adaptación de la escala ESCID para medir el dolor en pacientes críticos con daño cerebral*. *Metas de Enfermería*, 21(November 2018). Acedido em: 01/03/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.21.1003081316>
- Machado, F. R., De Assunção, M. S. C., Cavalcanti, A. B., Japiassú, A. M., De Azevedo, L. C. P., & Oliveira, M. C. (2016). *Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(4), 361–365. Acedido em: 01/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160068>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). *Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. Acedido em: 23/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. Acedido em: 05/06/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. P. (2016). *Sensibility of professionals to information needs: experience of the family at the intensive care unit*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). Acedido em: 05/02/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, G. (2009). *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 165–

169. Acedido em: 28/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072009000100020>

Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei nº 104/1998 de 21 de abril: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República - I Série-A, N. 93-21*, 1739–1757. Acedido em: 12/06/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/175644>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde *Diário da República; 2ª série*, (153), 20673–20678. Acedido em: 12/06/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020 *Diário da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10). Acedido em: 12/06/2020. Disponível em : <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Miranda, L. F. B., Capistrano, R. de L., & Souza, S. A. de. (2018). *Atuação do Enfermeiro Emergencista no Controle de Sepse. Revista eletrônica trimestral de enfermagem*, 7(7), 76–83. Acedido em: 05/12/2020. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2018/02/atua%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro-emergencista-no-controle-de-sepse-v7-n7.pdf>

Morais, I. M. de, Nunes, R., Cavalcanti, T., Soares, A. K. S., & Gouveia, V. V. (2016). *Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. Revista Bioética*, 24(1), 108–117. Acedido em: 05/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241112>

Munro, C. L. (2010). *The «Lady with the lamp» illuminates critical care today. American Journal of Critical Care*, 19(4), 315–317. Acedido em: 25/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2010228>

Munshi, L., Del Sorbo, L., Adhikari, N. K. J., Hodgson, C. L., Wunsch, H., Meade, M. O., Uleryk, E., Mancebo, J., Pesenti, A., Ranieri, V.M., & Fan, E. (2017). *Prone position for acute respiratory distress syndrome: A systematic review and meta-analysis. Annals of the American Thoracic Society*, 14(October), S280–S288. Acedido em: 05/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201704-343OT>

Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). *Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-*

- agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. Revista brasileira de anestesiologia, 67(4), 347–354. Acedido em: 05/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>*
- Nério, A. K., Santos, J. T., Oliveira, J. C. de, Flores, P. C. B., & Conceição, K. M. (2020). *O enfermeiro frente ao risco de delirium em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva – Revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, 3(4), 10255–10265. Acedido em: 05/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-249>*
- Nightingale, F. (2005). *Notes on Nursing - What It Is, and What It Is Not. The Project Gutenberg EBook. Disponível em: <https://manybooks.net/>*
- O'shaughnessy, J., Grzelak, M., Dontsova, A., & Braun-Alfano, I. (2017). Early sepsis identification. *MEDSURG Nursing, 26(4), 248–252. Acedido em: 22/11/2020. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=514b6d9b-c8d4-422a-b871-f27c7b7805bb%40sdc-v-sessmgr03>*
- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução , Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para a População. *Revista investigação em enfermagem, (February), 77–89. Acedido em: 05/02/2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275714022_Traducao_adaptacao_cultural_e_validacao_da_nurse_competence_scale_ncs_para_a_populacao_portuguesa/link/55492a710cf205bce7ac039a/download*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro). Acedido em: 05/02/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>*
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer Nº 09 / 2017: transporte da pessoa em situação crítica. 3. Acedido em: 05/12/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transporepessoasituacacritica.pdf*
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 429/2018. *Diário da*

- República, 2ª série, nº135 de 16 de julho de 2018, 19359–19370. Acedido em: 10/10/2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019. *Diário da República, 2ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744–4750. Acedido em: 10/02/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>*
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acedido em: 05/12/2020. Disponível em: *Psychology, Health and Medicine, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>**
- Paiva, K.C. & Beppu, O. S. (2005). *Artigo de Revisão Artigo de Revisão - Posição prona. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 31(4), 332–340. Acedido em: 05/02/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n4/26334.pdf>*
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva. Acedido em: 08/03/2021. Disponível em: <https://bit.ly/2UqG7SY>*
- Palencia-Herrejón, E., Romera, M. Á., & Silva, J. A. (2008). *Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva, 32(SUPPL. 1), 77–91. Acedido em: 05/03/2021. Disponível em: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13116129>*
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(11), 121–132. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>*
- Penedo, J. M. V. dos S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. do A. R. de C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. da S., Sá, R. A. M. de V. e, & Moreno, R. P. J. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Acedido em: 08/03/2021. Disponível em: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>*
- Pereira, K.R., Souza, R.F., Arantes, S. L. & Moreno, S. E. (2007). Sepsis: Epidemiologia, Fisiopatologia e Tratamento. *Multitemas, (35), 189–206. Doi: <https://doi.org/10.20435/multi.v0i35.859>*
- Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem: Tese de Doutoramento. Acedido em: 18/09/2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>*
- Piccoli, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Juliane, R. T. de O., Dos Santos, E. K.

- A. & Amante, L. N. (2015). Refletindo Sobre Algumas Teorias De Enfermagem a Partir Do Modelo De Avaliação De Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 437–442. Acedido em: 28/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i2.37891>
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel. ISBN - 978-989-752-419-6
- Piscitello, G. M., Fukushima, C. M., Saulitis, A. K., Tian, K. T., Hwang, J., Gupta, S., & Sheldon, M. (2021). *Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(3), 305–312. Acedido em: 15/03/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909120973431>
- Ramírez, M. (2013). Multiple organ dysfunction syndrome. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(10), 273–277. Acedido em: 28/06/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.10.003>
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) Acedido em: 28/11/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J.E., Sprung, C., Nunnally M.E., Rochweg. B., Rubenfeld, G., Angus, D., Annane, D., Beale, J., Bellingham, G.J., Bernard, G.R., Chiche, J-D., Coopersmith, C., ... Dellinger, R. P. (2017). *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016*. Em *Intensive Care Medicine*. 43. 304–377. Doi: 10.1007/s00134-017-4683-6
- Ribeiro, H. F. S. P. (2020). *Sépsis na pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: intervenção especializada do enfermeiro* (Dissertação de mestrado não publicada)
- Rogers, A. C. (1997). *Vulnerability , health and health care*. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72. Acedido em: 22/12/2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas*. *Percursos*, (15), 1–38. Acedido em: 18/07/2020. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. *Pensar*

- Enfermagem*, 19(1), 31–46. Acedido em: 18/07/2020. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1), 198–202. Acedido em: 02/06/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. Em *Journal of the Medical Library Association: JMLA*. Acedido em: 18/07/2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2212339/>
- Seymour, C. W., Liu, V. X., Iwashyna, T. J., Brunkhorst, F. M., Rea, T. D., Scherag, A., Rubenfeld, G., Kahn, J.M., Shankar-Hari, M.; Singer, M., Deutschman, C. S., Escobar, G. J. & Angus, D. C. (2016). *Assessment of clinical criteria for sepsis for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)*. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(8), 762–774. Acedido em: 08/11/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0288>
- Silva, R. S., Paixão, G. P., Lins, D. B., Jesus, R. A., & Pereira, Á. (2014). *Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem*. *Revista CUIDARTE*, 5(1), 606–612. Acedido em: 18/02/2021. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=0ae9faf3-4ba5-4a56-b715-bb4681b84ac5@sessionmgr4003&vid=0&hid=4103&bdata=Jmxhbm9c9cHQYnlmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZS5yZ29wZT1zaXRI#db=lth&AN=109999041>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para a desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Silva, A. P. V. M. da, & Souza, H. V. De. (2018). *Sepse: importância da identificação precoce pela enfermagem*. *Revista Pró-UniverSUS*, Jan./Jun. 2018; 09 (1). 97–100. Acedido em: 21/10/2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1266>
- Silveira, S., Ferreira, L. F. L., & Lage, M. H. H. (2014). *Fisiopatologia da sepse: revisão de literatura*. *Pubvet*, 8(9). Acedido em: 28/06/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22256/pubvet.v8n9.1709>
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G., Chiche, J-D, Coopersmith, C., Hotchkiss, R., Levy, M., Marshall, J., Martin, G.S., Opal, S.M., Rubenfeld, G.D., van der Pol, T.,

- Vincent, J-L., & Angus, D. C. (2016). *The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)*. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801–810. Acedido em: 26/09/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Souza, C. R. de, & Santana, V. T. S. (2012). *Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(4), 401–406. Acedido em: 15/02/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2012000400018>
- Sterling, S. A., Miller, W. R., Pryor, J., Puskarich, M. A., & Jones, A. E. (2016). *The Impact of Timing of Antibiotics on Outcomes in Severe Sepsis and Septic Shock: A Systematic Review and Meta- analysis*. *Crit Care Med*, 43(9), 1907–1915. Doi:10.1097/CCM.0000000000001142
- Tanner, C. A. (2006). *Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing*. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Acedido em: 04/01/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Taran, Z., Namadian, M., Faghihzadeh, S., & Naghibi, T. (2019). *The Effect of Sedation Protocol Using Richmond AgitationSedation Scale (RASS) on Some Clinical Outcomes of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: a Randomized Clinical Trial*. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 199–206. Acedido em: 06/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.028>
- Tomasi, C. D., Grandi, C., Salluh, J., Soares, M., Giombelli, V. R., Cascaes, S., Macedo, R.C., Constantino, L. S., Biff, D., Ritter, C., & Dal Pizzol, F. (2012). *Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes*. *Journal of Critical Care*, 27(2), 212–217. Acedido em: 06/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.05.015>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- Vianna, A. (2007). *Traqueostomia em pacientes sob ventilação mecânica: Quando indicar?* *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(6). Acedido em: 04/03/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000600003>
- Vincent, J. L., Martin, G. S., & Levy, M. M. (2016). *qSOFA does not replace SIRS in the definition of sepsis*. *Critical Care*, 20(1), 1–3. Acedido em: 06/11/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1389-z>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência. ISBN 972-8383-99-9.

Winterbottom, F. (2012). *Nurses' critical role in identifying sepsis and implementing early goal-directed therapy*. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(6), 247–248. Acedido em: 21/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20120523-33>

World Health Organization. (2020). *Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions*. Acedido em: 03/10/2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334216/9789240010789-eng.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Certificados de atividades contínuas de desenvolvimento profissional



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ALEXANDRA MARIA VITORINO SILVEIRA

membro nº **53193** desta Ordem, participou no Webinar¹ “**Investigação em Enfermagem 2020 | Encontro de Investigadores**» | **6ª Sessão | 4ª Edição**», no dia **04 de Novembro de 2020**, com a duração total de **04H00**, realizado através da “Plataforma digital *Cisco Webex Events*”.

Lisboa, 04 de Novembro de 2020.

P^a A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,45 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Alexandra Maria Vitorino Silveira

participou no evento online, organizado pela Editora LIDEL, **Enfermagem em Cuidados Intensivos: Cuidar em tempos de pandemia**, realizado no dia 18 de novembro de 2020, com a duração de 1h50.



Rita Annes

Diretora Comercial & Marketing



www.lidel.pt

CERTIFICADO

Certifica-se que **Alexandra Maria Vitorino Silveira** esteve presente no **WEBINAR “Emergência do extra-hospitalar para o intra-hospitalar”**, organizado pela UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), pelo INEM (Enfº. Rui Campos, Enfº. Pedro Mateus; Enfº. Alexandre Frutuoso) e pelos Estudantes do 7ºCMEMC/ 8ºCPLEEMC da ESSV (Andreia Rodrigues; Edene Mota; Francisco Gomes; João Camilo; Marta Pereira; Mónica Angélico e Sara Ramos), que se realizou na plataforma Colibri/Zoom, no dia 19 de fevereiro de 2021.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Total de horas de formação: 3 (três) horas

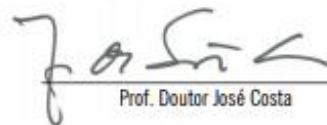
Viseu, 24 de março de 2021

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



Prof. Doutor Daniel Silva

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,



Prof. Doutor José Costa



VII CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE CUIDADOS
INTENSIVOS

E de repente...
TUDO MUDOU

27 e 28 - FEVEREIRO - 2021

ONLINE

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Alexandra Maria Vitorino Silveira**, participou no **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021.
(Duração: 20 horas)



Anibal Marinho

José António Pinho

ORGANIZAÇÃO:



Associação de Apoio ao
Serviço e Cuidados Intensivos do
Centro Hospitalar do Porto

www.ascl.org.pt

COLABORAÇÃO:



Congresso Internacional de **Controlo** de **Infeção**

25 e 26 de **março**

2021

ORGANIZAÇÃO
ixus
formação e consultadoria, lda

Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Alexandra Maria Vitorino Silveira

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 25 e 26 de março de 2021,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 29 de março de 2021



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais





CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ALEXANDRA MARIA VITORINO SILVEIRA

membro nº **53193** desta Ordem, participou no **Webinar¹ «II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 2»**, no dia **31 de Março de 2021**, com a duração total de **04H00**, realizado através da “Plataforma digital *Cisco Webex Events*”.

Lisboa, 31 de Março de 2021.

P^lª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,45 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do nº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

WORLD SEPSIS CONGRESS 2021 –
ADVANCING PREVENTION, SURVIVAL, AND
SURVIVORSHIP OF SEPSIS AND COVID-19

Certificate

Alexandra Silveira

participated in the
World Sepsis Congress 2021
April 21-22, 2021



Niranjan 'Tex' Kissoon
Program Chair and President GSA



Imrana Malik
Program Chair and GSA EC Member



Global
Sepsis
Alliance

The World Sepsis Congress 2021 –
Advancing Prevention, Survival, and
Survivorship of Sepsis and COVID-19
is organized
by the Global Sepsis Alliance,
initiator of World Sepsis Day
and World Sepsis Congress.

September | World
13 | Sepsis
2021 | Day



Inflammatix™
Advanced host-response diagnostics

How diagnostics contribute to defining 'Sepsis'

Tim Sweeney, MD, PhD
CEO, Inflammatix
Oct 20, 2020



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

Developing Systems for Rural Sepsis Care

On November 19, 2020

and is awarded 1.0 contact hours.

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson".

Lisa Anderson, PhD

Director of Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

Hospital Acquired Sepsis: Early Recognition and Intervention

On December 5, 2020

and is awarded 1.60 contact hours.

Sepsis Alliance is approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP17068 for 1.60 contact hours. Learner license number: 53193

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson". The signature is written in a cursive style and is positioned above a light gray rectangular background.

Lisa Anderson, PhD

Director, Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

CE Credits: Healthcare-Associated Infection Mini-Summit

On December 10, 2020

and is awarded 3.60 contact hours.

Sepsis Alliance is approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP17068 for 3.60 contact hours. Learner license number: 53193

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson".

Lisa Anderson, PhD

Director, Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

Antimicrobial Stewardship and Management of Sepsis: Two Sides of the Same Coin

On December 17, 2020

and is awarded 1.2 contact hours.

Sepsis Alliance is approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP17068 for 1.2 contact hours. Learner license number: 53193

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson".

Lisa Anderson, PhD

Director of Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

Sepsis in Older Adults: Are We Up for the Challenge?

On January 14, 2021

and is awarded 1.2 contact hours.

Sepsis Alliance is approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP17068 for 1.2 contact hours. Learner license number: 53193

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson".

Lisa Anderson, PhD

Director of Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.



Sepsis Alliance certifies that

Alexandra Silveira

completed the online educational course titled

Sepsis in the Time of COVID-19: Perspectives From Front-line Sepsis Coordinators

On February 25, 2021

and is awarded 1.2 contact hours.

Sepsis Alliance is approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP17068 for 1.2 contact hours. Learner license number: 53193

Representative for Sepsis Alliance:

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Anderson".

Lisa Anderson, PhD

Director of Education and Training

Sepsis Alliance

3180 University Avenue, Suite 235

San Diego, CA 92104

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.

APÊNDICES

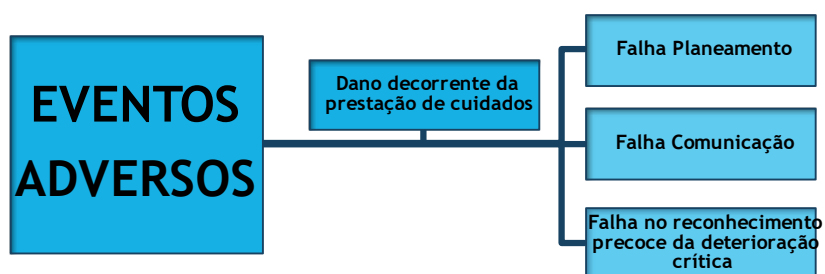
APÊNDICE I

Apresentação da Escala Modified Early Warning Score e Questionário

ESCALA MEWS

(Modified Early Warning Score)

Alexandra Silveira
Professora Carla Nascimento
Enfermeira Sofia Seabra



DETERIORAÇÃO DA PESSOA DOENTE

Precedida por sinais fisiológicos alterados

Reconhecimento e intervenção precoce

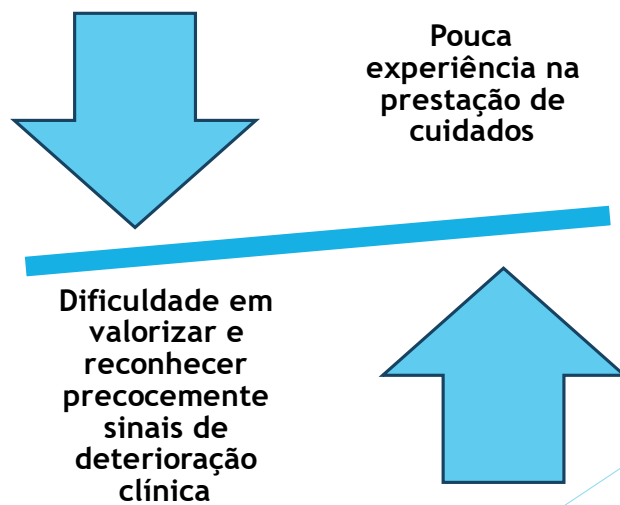
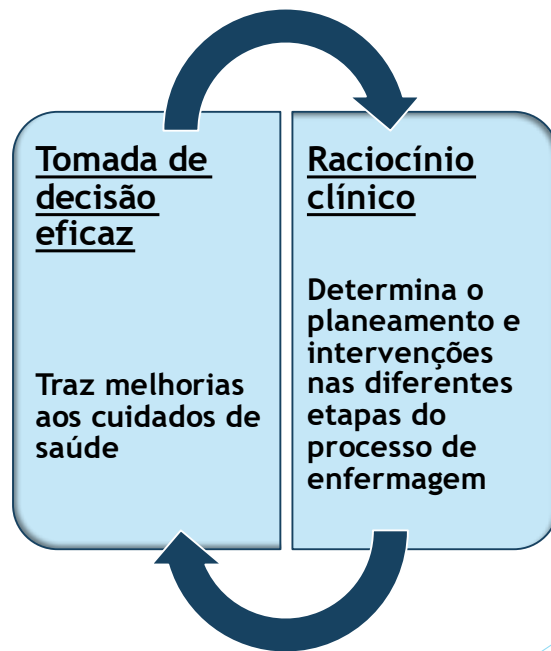
Diminui a morbidade e mortalidade

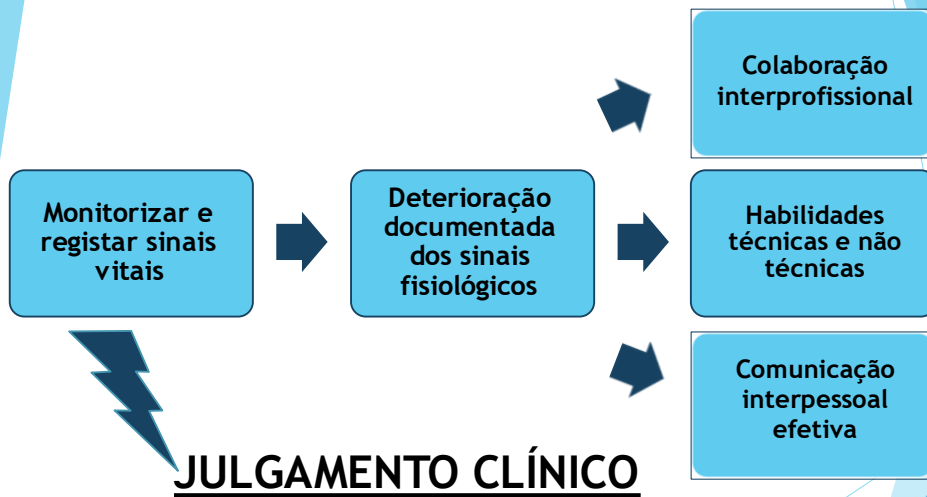
Sistemas de Resposta Rápida

Contribuem para a identificação precoce

MEWS
(Modified Early Warning Score)

❖ Escala de Alerta
❖ Baseada num sistema de atribuição de pontos





MEWS



Ferramenta clínica útil para identificar os doentes em risco de deterioração que requerem maior vigilância

- ▶ Tomada de decisão clínica
- ▶ Permite a deteção da deterioração clínica à “cabeceira”
- ▶ Avalia parâmetros fisiológicos básicos
- ▶ Identifica doentes “em risco” de instabilidade hemodinâmica

MEWS

INCLUI:

- Frequência Respiratória
- Frequência Cardíaca
- Pressão Arterial Sistólica
- Temperatura
- Estado de Consciência
- Saturação de Oxigênio
- Débito Urinário

MEWS

- Alterações que a pessoa doente apresenta no momento, comparado com os valores de referência de cada sinal vital
- Determina se deverá proceder à intensificação na frequência das avaliações, decisões de intervenção ou envolvimento de outro profissional de saúde

MEWS

- ✓ Uma pontuação mais elevada está associada a pior evolução clínica
- ✓ Uma pontuação de cinco ou mais identifica os doentes com alto risco de deterioração.

MEWS SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>129
Pressão Arterial Sistólica	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frequência Respiratória		<8		9-14	15-20	21-29	>29
Temperatura		<35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	>38,6	
Débito Urinário	<10ml	<30ml	<45ml				
Saturação O2	<90%	92-93%	94-95%	>95%			
Score Neurológico			Agitação Confusão	Alerta	Resposta verbal	Resposta à dor	Sem Resposta

SCORE MEWS	INTERVENÇÕES
0-1	
2-4	Reavaliar NEWS a cada hora
5-6	Solicitar avaliação médica. Reavaliar sinais vitais e MEWS a cada 30 minutos
>7	Preparar para reanimação. Transferir para UCI.

MEWS



- Não confiável em pessoas com lesão da espinal medula



Distúrbios funcionais do sistema nervoso autónomo

MEWS



Ferramenta de auxílio à avaliação clínica



Não substitui um competente
JULGAMENTO CLÍNICO

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência: Ministério de Saúde*. 50. Disponível em http://www2.acsa.mn.saude.pt/Portal/OU/urgencia_fim.pdf?file=WAR%25K0D0p0M_7m1J2JAjNH4C2m_9FG0y5HG6K320P1RU0EAmeG9
- Alban, L. M. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 476-483. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0963818031000163044>
- Alkhatib, M., Salameh, K., Abu-Dabbas, L., & Al-Maswadah, H. (2010). The impact of introducing the Modified Early Warning Score (MEWS) on emergency nurses' perceived role and self-efficacy: A quasi-experimental study. *International Emergency Nursing*, 4(2), 25-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ien.2010.03.003>
- Cai, M., Batsford, C., & Marshall, N. (2009). In-hospital mortality and morbidity of elderly medical patients can be predicted at admission by the Modified Early Warning Score: A prospective study. *International Journal of Clinical Practice*, 63(4), 591-595. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2008.01989.x>
- Chandran, A., Groneman, J., & Venkatesan, L. (2005). Effectiveness of Compulsory Training Program on Modified Early Warning System (MEWS) upon the Knowledge of Nurses in Selected Hospitals, Chennai. *Asian Pacific Journal of Nursing and Health Sciences*, 1(1), 21-24. Disponível em: <https://doi.org/10.48811/ajphn.1.1.5>
- Catho, S., Vaccaro, R., Jr, M., Pardo, U. D. S., & Pardo, E. D. E. R. (2017). Risco clínico em enfermagem - estatísticas de análise e instrumento de avaliação. 70(2), 600-606. Disponível em: [https://www.scielo.br/bjof/en/ver/70\(2\)/600-606.pdf](https://www.scielo.br/bjof/en/ver/70(2)/600-606.pdf)
- Dalton, M., Harrison, J., Mills, A., & Lacey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing*, 27(4), 212-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1099/bjn.2018.27.4.212>
- Day, A., & Olsby, C. (2015). The Use of Early Warning Scores in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 30(2), 154-155. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.001>
- Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª série, N.º 135, 10209-10210. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/-/1020910210>
- Feltes, C., Pato, E., & Nascimento, C. (2017). Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica de pessoas em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 12(1-12). Disponível em: <https://doi.org/10.12927/RN.17025>
- Fulleton, J. N., Ploce, C. L., Silvey, N. E., Brock, S. J., & Perkins, G. D. (2012). Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgment in detecting critical illness in the prehospital environment? *Resuscitation*, 83(5), 587-592. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.004>
- Gold, D. (2007). Promoting Patient Safety: The Rapid Medical Response Team. *The Permanente Journal*, 1(2), 30-34. Disponível em: <https://doi.org/10.7812/jpep.07-101>
- Jacques, T., Harrison, G. A., McLean, M. L., & Kilton, G. (2008). Signs of critical conditions and emergency response (SIGNCER): A model for predicting adverse events in the inpatient setting. *Emerg Med*, 40(2), 175-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.08.015>
- Kyriacka, U., Jabara, J., James, M., & Jordan, S. (2014). Monitoring vital signs: Development of a Modified Early Warning Scoring (Mews) system for general wards in a developing country. *PLOS ONE*, 9(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088073>
- Liaw, S. Y., Schepker, J., Khatir-Yakub, P., & Rutters, J. J. (2011). A review of educational strategies to improve nurses' skills in recognizing and responding to deteriorating patients. *International Nursing Review*, 58(3), 296-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-7627.2011.00305.x>
- Machri, Tareza Galvão, Coimbra, J. Á. H. L. M. F. de. (2019). Análise de utilização do score mesa (modified early warning score) associado ao time de resposta rápida: revisão integrativa. Disponível em: <http://www.ata.uem.br/ata/2019/analiseutilizacao3002.pdf>
- Macedo, A. L., Teyta, M. T., Fawc, J., De Melo Catho, C. M. D., Carbone, L. T. Q., & Olson, C. M. C. (2015). Avaliação de 5 áreas de atuação de um time de resposta rápida liderado por médico intensivista em hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 278-284. Disponível em: <https://doi.org/10.5865/0103-057X.201500045>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Concomitantes do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, nº26, 4744-4750.
- Palsson, R., MacLeod, D. C., Thelard, D., Beattie, A., Graham, C., Lam, S., & Bell, D. (2005). Prediction of in-hospital mortality and length of stay using an early warning scoring system. *Clinical Medicine*, 5(5), 281-284. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.5-5-281>
- Silva, G. A. R. de. (2013). O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte. *Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.*, 17(1), 75-79. Disponível em: <http://files.bvs.br/bvs/1079-1010/2013v17n1/n3393.pdf>
- So, S. N., Ong, C. W., Wang, L. Y., Chung, J. Y. M., & Graham, C. A. (2015). Is the Modified Early Warning Score able to enhance clinical observation to detect deteriorating patients earlier in an Accident & Emergency Department? *Australian Emergency Nursing Journal*, 18(1), 24-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.12.001>
- Stubb, C. P., Kage, M., Rutshoff, P., & Gemmel, L. (2007). Validation of a modified early warning score in medical admissions. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 94(7), 521-526. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/qjz/hfz10>
- Stubb, C. P., Stubb, A., Marsh, D., & Gemmel, L. (2006). Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23(11), 841-845. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emj.2006.020910>
- Tavares, T. (2014). Score de Alerta Prático Estado da Arte e Proposta de Implementação. Disponível em: https://bibliotecadigital.usf.br/bitstream/10402/64843/1/0357_6732.pdf

Escala MEWS (Modified Early Warning Score)

No âmbito do meu Curso de Mestrado Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e de forma a obter a sua opinião sobre a minha atividade na divulgação da escala MEWS, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. Deverá demorar apenas dois minutos. Os dados que nele irão constar servem apenas ao propósito indicado, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

*Obrigatório

MEWS SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>129
Pressão Arterial Sistólica	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frequência Respiratória		<8		9-14	15-20	21-29	>29
Temperatura		<35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	>38,6	
Débito Urinário	<10ml	<30ml	<45ml				
Saturação O2	<90%	92-93%	94-95%	>95%			
Score Neurológico			Agitação Confusão	Alerta	Resposta verbal	Resposta à dor	Sem Resposta

1. Consentimento informado - Concorda com a seguinte declaração e deseja participar no presente questionário? Li e compreendi os objetivos deste questionário. *

Sim

Não

Questões

2. Há quanto tempo trabalha em Cuidados Intensivos? *

< 3 Anos

3-10 Anos

11-20 Anos

> 20 anos

3. Em que medida concorda que os seus conhecimentos sobre a temática MEWS, melhoraram após a leitura deste trabalho? *

Concordo bastante

Concordo

Não concordo

Não sei

3.1. Porquê? *

4. Globalmente, a leitura deste trabalho contribuiu para a melhoria da sua prática profissional? *

- Concordo bastante
- Concordo
- Não concordo
- Não sei
- Outra: _____

4.1. Porquê? *

5. Que sugestões de melhoria deste trabalho gostaria de dar? *



ESCALA MEWS

Perguntas Respostas 24

24 respostas



Aceitar respostas



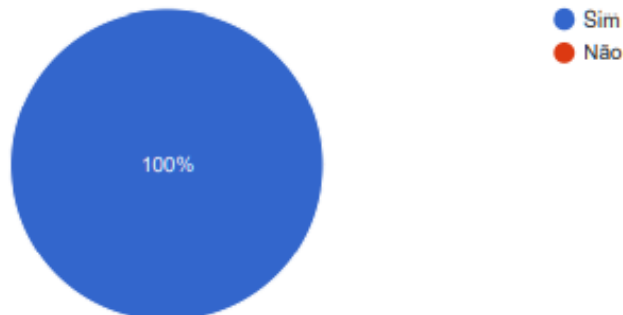
Resumo

Pergunta

Individual

Consentimento informado - Concorda com a seguinte declaração e deseja participar no presente questionário? Li e compreendi os objetivos deste questionário.

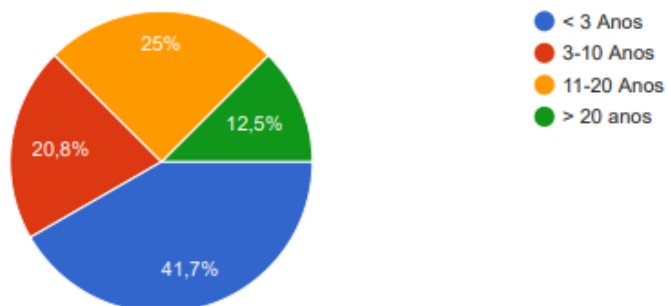
24 respostas



Questões

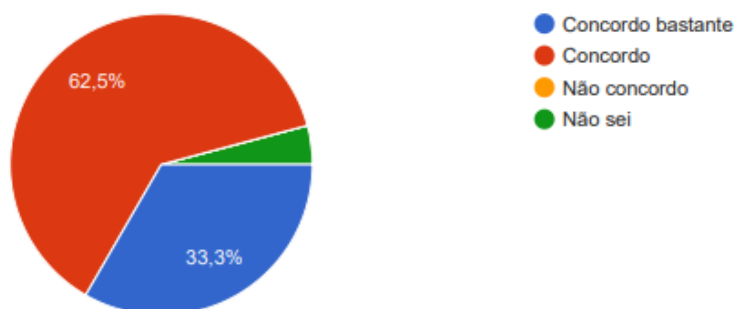
1. Há quanto tempo trabalha em Cuidados Intensivos?

24 respostas



2. Em que medida concorda que os seus conhecimentos sobre a temática MEWS, melhoraram após a leitura deste trabalho?

24 respostas

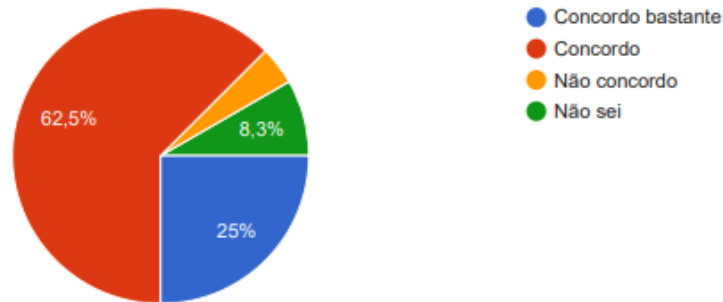


2.1. Porquê?

- ✚ Devido a clareza de exposição.
- ✚ A escala de avaliação MEWS avalia a gravidade do doente e a periodicidade de nova avaliação da escala. Faz com que tenha uma linha mais protocolada no pensamento.
- ✚ Possibilita conhecer melhor a escala.
- ✚ Já conhecia a escala, mas nunca a tinha usado.
- ✚ Ajudou-me a lembrar certos pormenores já esquecidos.
- ✚ Implica aplicar medidas o mais precocemente possível de forma a melhorar o prognóstico do doente.
- ✚ É apenas um lembrar de conceitos.
- ✚ Já conhecia a escala, e em cuidados intensivos é aplicada constantemente, pela natureza da vigilância dos doentes pela equipa de enfermagem. Mas concordo que nem sempre os profissionais de uma forma objetiva têm essa perceção, uma vez que os registos não estão parametrizados em forma de escala.
- ✚ Revisão de conhecimento e literatura.
- ✚ O trabalho era de leitura fácil, com estrutura lógica e simples. Atrativo visualmente.
- ✚ Rever conhecimento.
- ✚ Aprofundamento de conhecimentos.
- ✚ Já tinha uma ideia de utilização de uma escala deste tipo, mas não tinha informação suficiente sobre a mesma.
- ✚ Ajudou-me a lembrar certos pormenores já esquecidos.
- ✚ Melhoria dos cuidados.
- ✚ Não conhecia a escala.
- ✚ Porque a apresentação está clara, objetiva e sistematizada.
- ✚ Alertaram me para aspetos que desconhecia.
- ✚ Escala que conhecia, mas não ao pormenor.
- ✚ No que toca a escalas, é um instrumento fundamental para enquadrarmos os dados que recolhemos do doente e concluirmos uma indicação acerca do estado agudo decorrente no momento da avaliação.
- ✚ No que toca a escalas, é um instrumento fundamental para enquadrarmos os dados que recolhemos do doente e concluirmos uma indicação acerca do estado agudo decorrente no momento da avaliação.
- ✚ Ajuda na melhoria dos cuidados prestados aos doentes em situação crítica.

3. Globalmente, a leitura deste trabalho contribuiu para a melhoria da sua prática profissional?

24 respostas



3.1. Porquê?

- ✚ Ainda não tive oportunidade de praticar.
- ✚ Em contexto da nossa unidade não utilizamos o MEWS, apenas é utilizada no acionamento da EEMI.
- ✚ Classificar melhor o paciente em choque.
- ✚ Permite fomentar conhecimentos.
- ✚ Aumentando o meu conhecimento teórico, existe sempre uma melhoria na prática.
- ✚ Maior atenção e aperfeiçoamento na avaliação do doente.
- ✚ Porque fazem parte da avaliação constante do doente.
- ✚ Porque uma forma de melhorar a perceção dos enfermeiros, da vigilância que efetuam aos doentes, e detetar sinais precoces de deterioração do seu estado de saúde, é terem conhecimento das ferramentas quantificáveis. Desta forma é mais fácil uniformizar as intervenções independentemente da experiência profissional.
- ✚ Trabalho em UCI com monitorização continua e intervenção precoce.
- ✚ Visto a escala de MEWS ser uma escala baseada num sistema de atribuição de pontos tendo em conta a monitorizar dos parâmetros vitais do doente, coisa que estamos largamente habituados, permite identificar o risco de deterioração do doente permitindo tomar uma decisão clínica mais precocemente.
- ✚ Melhor pratica.
- ✚ Consolidação de cuidados prestados.

- ✚ Permite mais qualidade nos cuidados prestados.
- ✚ Aumentando o meu conhecimento teórico, existe sempre uma melhoria na prática.
- ✚ Aumento de conhecimentos.
- ✚ Poderei utilizar mais uma ferramenta para me auxiliar a identificar sinais de risco, tendo em conta a minha pouca experiência em UCI é uma mais valia.
- ✚ porque fiquei mais desperta para determinados sinais de deterioração do doente
- ✚ Fico mais alerta para a deterioração fisiológica do doente.
- ✚ Apesar de não ser uma escala essencial para o cuidado aos utentes da UCIP (já com grau de gravidade e monitorização constante), é útil para complementar uma função acessória recente das EEMI e como tal auxílio à decisão de internamento na UCI (apesar de já dever ter sido aplicado pelos profissionais que acionam a EEMI)
- ✚ Escalas são fundamentais em serviços como os cuidados intensivos.
- ✚ Escalas são fundamentais em serviços como os cuidados intensivos.
- ✚ Contribui para uma melhoria dos cuidados.

4. Que sugestões de melhoria deste trabalho gostaria de dar?

- ✚ Talvez uma sessão via zoom de modo a expor a aplicação da mesma com exemplos reais.
- ✚ Perceber as limitações da escala. Dou-te um exemplo se tiver um doente DPOC e tiveres uma saturação de 90%, já te vai dar um score mais alto e na realidade o doente está bem, apenas já tem esta patologia.
- ✚ Apresentar o trabalho aos profissionais de saúde
- ✚ Talvez a colocação de mais imagens ou torná-lo mais interativo com o exemplo de um doente fictício e a possibilidade de o avaliar segundo a escala.
- ✚ Trabalho sem figura ilustrativa da escala.
- ✚ Acho que é importante no sentido de despertar a atenção dos colegas mais novos e para esse efeito está bem realizado.
- ✚ A divulgação deste trabalho devia ser mais abrangente, ou seja, nas enfermarias, nos cuidados intermédios e até mesmo nos serviços de urgência, logo na triagem. Apesar da literatura ser omissa eu pessoalmente acho que a glicémia capilar devia estar presente nesta avaliação, porque glicémias extremas podem estar na base da deterioração aguda do doente e não fazendo parte da escala, com base somente nela

podem não nem ser avaliadas. Aguardamos que os revisores desta escala a tenham em consideração num futuro próximo.

- ✚ Apresentação nos serviços/ enfermarias de forma a sensibilizar os profissionais em relação a escala em si e como critério de ativação da EEMI.
- ✚ Aplicação da escala em doentes.
- ✚ Nenhuma, foi um bom trabalho.
- ✚ Talvez a colocação de mais imagens ou torná-lo mais interativo com o exemplo de um doente fictício e a possibilidade de o avaliar segundo a escala.
- ✚ Acho que o trabalho está bastante claro.
- ✚ Saber a pertinência da escala para o corpo clínico e se a valorizam da mesma forma
- ✚ Parabéns pela apresentação completa e simultaneamente objetiva. Adequada ao tempo de confinamento
- ✚ Não tenho experiência o suficiente para opinar acerca de melhorias em relação a um trabalho de mestrado. Acho que é extremamente importante os meu colegas investirem neste tipo de área e estarei cá para ajuda los no que seja.

APENDICE II

Apresentação da comunicação “A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica”



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

VITORINO SILVEIRA, ALEXANDRA MARÍA

Autor principal

FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA

Primer coautor

Han participado con la Comunicación:

A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica

En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 1 Área temática 1 Capítulo 51

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica



Alexandra Silveira (xana-edu@hotmail.com / amvs@campus.esel.pt)

Mestranda em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Carla Nascimento (carla.nascimento@esel.pt)

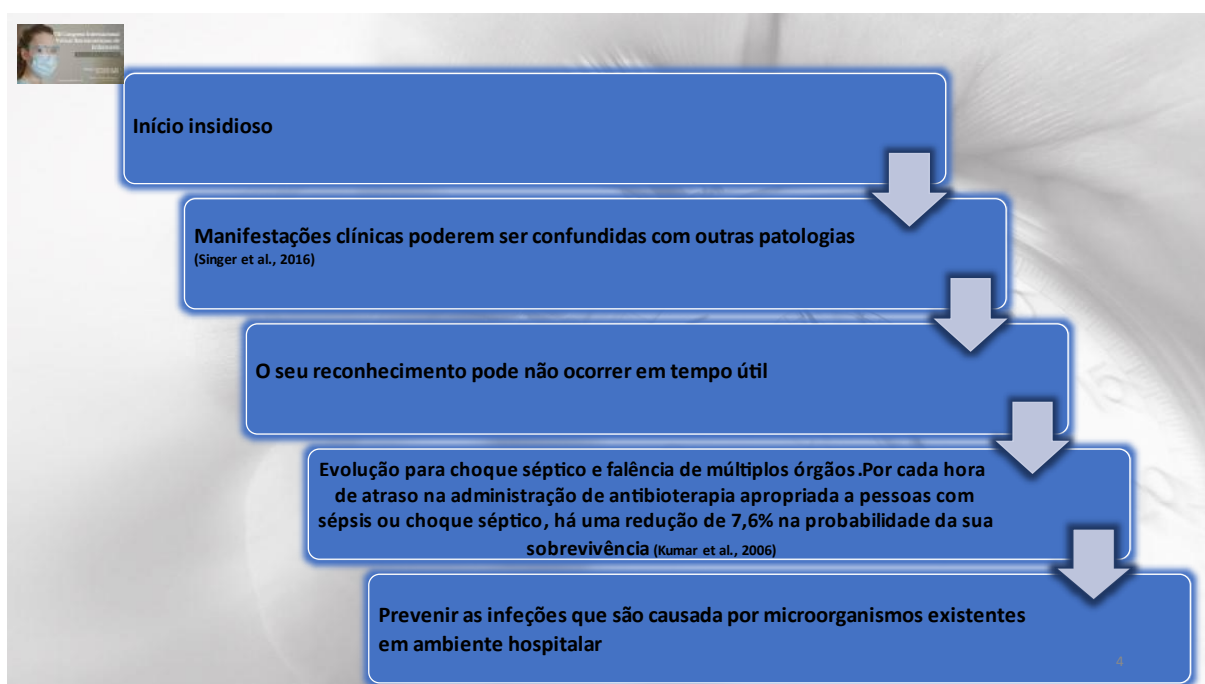
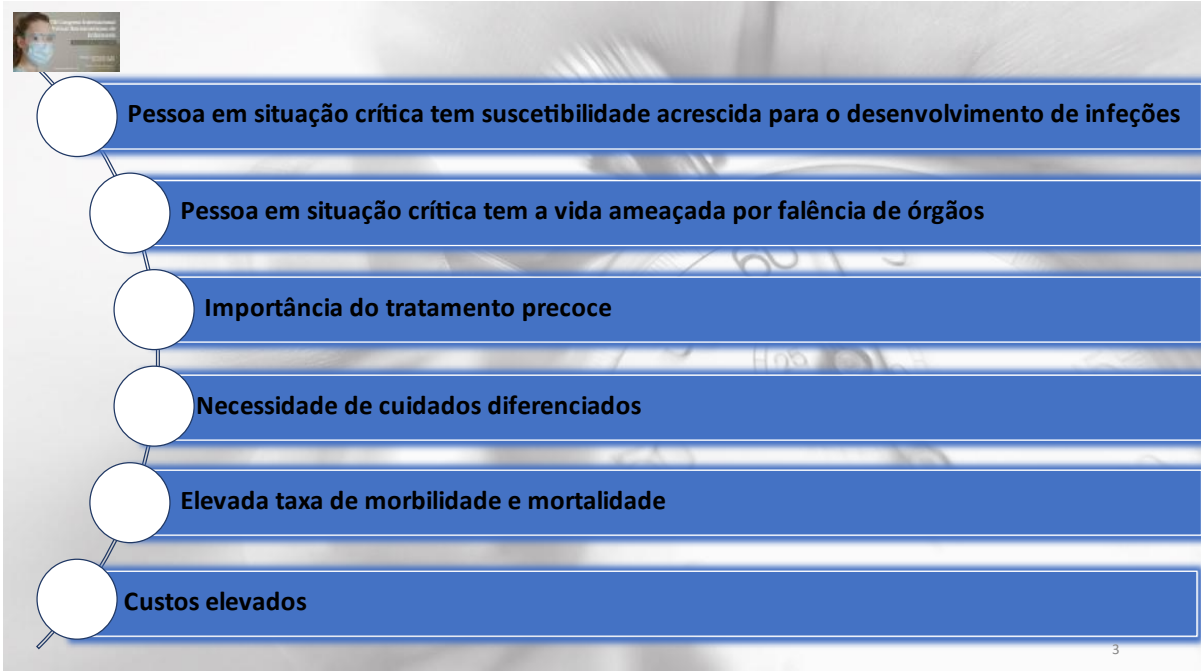
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SÉPSIS

Grave problema de saúde pública (Direção-Geral de Saúde, 2017)

É uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção (Rhodes et al., 2017)

Importante identificação precoce e o tratamento imediato e adequado



Aprofundar conhecimentos

Alterações fisiológicas induzidas pela sépsis
(Miranda, Capistrano & Souza 2018)

Tratamento precoce e adequado

Suspect SEPSIS
Save Lives

5

Palavras Chave

- Intervenções de enfermagem
- Pessoa em situação crítica
- Sépsis
- Controlo de infeção
- Identificação precoce

6



Resultados/Discussão



9



Resultados/Discussão



10

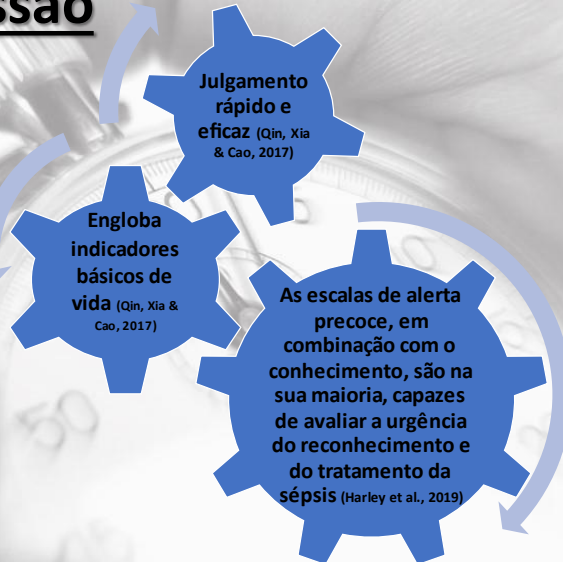


Resultados/Discussão

Modified Early Warning Score

MEWS (Modified Early Warning System)							
	3	2	1	0	1	2	3
Respiratory Rate per minute		Less than 8		9-14	15-20	21-29	More than 30
Heart Rate per minute		Less than 40	40-50	51-100	101-110	111-129	More than 129
Systolic Blood Pressure	Less than 70	71-80	81-100	101-199			More than 200
Conscious level (AVPU)	U nresponsive	R esponds to P ain	R esponds to V oice	A lert	N ew agitation C onfusion		
Temperature (°C)		Less than 35.0	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5		More than 38.6
Hourly Urine For 2 hours	Less than 10mls / hr	Less than 30mls / hr	Less than 45mls / hr				

https://w3.m.com/uploadedImages/RN/MEWS_Chart_cropped.jpg



11



Resultados/Discussão

SEPSIS KILLS



- ☀ Colheita de hemoculturas
- ☀ Medição dos níveis de lactato sérico
- ☀ Administração intravenosa de antibióticos dentro de uma hora da triagem e reconhecimento
- ☀ Administração de bólus de fluido
- ☀ Administração de drogas inotrópicas, se ausência de resposta à fluidoterapia
- ☀ Transferência para unidades especializadas (Burrell et al., 2016)



Resultados/Discussão

Um protocolo de sépsis iniciado por enfermeiro na urgência significa reduzir significativamente o tempo para a administração inicial do antibiótico e melhorar a conformidade com a colheita do nível de lactato sérico (Bruce et al., 2015).

A triagem baseada em sinais vitais concorre para sinalizar doentes com potencial para desenvolver sépsis (MacQueen et al., 2015).



JULGAMENTO CLÍNICO

13



CONCLUSÃO

Enfermeiro
SÉPSIS

Prevenção,
Identificação precoce
Tratamento

São necessários programas educacionais que maximizem a intervenção do enfermeiro (Storozuk et al., 2019)

Implementação de programas com vista à redução de infeções associadas aos cuidados de saúde revela ser eficaz.

Aumentar os esforços com vista à prevenção e tratamento precoce da sépsis é crucial para diminuir esta problemática e consequentemente a morbilidade e mortalidade a ela associada

