



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

**Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa com  
Doença Crónica Complexa em Situação Crítica:  
Intervenção Especializada de Enfermagem**

**Carolina Moreira Rodrigues**

---

**Lisboa  
2023**



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

**Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa Com  
Doença Crónica Complexa em Situação Crítica:  
Intervenção Especializada de Enfermagem**

**Carolina Moreira Rodrigues**

---

Orientador: Helga Marília da Silva Rafael Henriques

---

**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## DEDICATÓRIA

*À minha Avó Júlia, sei que estará sempre comigo,*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Filipe, obrigado por nunca largares a minha mão.

Aos meus pais e ao meu irmão, agradeço a força e todo o apoio incondicional, principalmente nos momentos mais difíceis.

À Raquel, ao Gonçalo, à Margarida e ao Fábio, obrigado por estarem sempre presentes.

Ao Vicente, foi um prazer fazer este percurso contigo.

A todos os meus colegas de equipa, obrigado por todo o esforço que fizeram por mim ao longo deste percurso.

À Enfermeira Rojão e à Enfermeira Olinda, obrigado por me incentivarem e por me apoiarem.

À Professora Helga, obrigado pela dedicação e preocupação em acompanhar-me, e acima de tudo pela paciência ao longo destes meses.

Obrigado a todos por me ajudarem a conquistar este objetivo.

## RESUMO

A vigilância e detecção de focos de instabilidade **na Pessoa com Doença Crônica Complexa em Situação Crítica** tem uma importância extrema para a diminuição da mortalidade no cliente em contexto hospitalar.

A pessoa com doença crônica complexa tem necessidades específicas que potencializam a probabilidade de presença de focos de instabilidade.

O enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um papel fulcral na preservação da segurança destas pessoas. A sua atuação no âmbito da organização e prestação de cuidados garantem uma adequada vigilância e, a detecção precoce de alterações clínicas significativas, através de sistemas de detecção precoce ajustados a estratificação de risco clínico.

Este relatório de estágio tem como objetivo geral descrever e analisar, de forma fundamentada, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, através de atividades realizadas em contexto de unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência e serviço de cardiologia.

Este percurso foi guiado pela metodologia de projeto e pelo modelo de translação do conhecimento de Graham e colaboradores e suportado pelo referencial teórico *Technologica Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin, e pelo modelo de vigilância de Meyer e Lavin. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura acerca da temática em estudo, cujos resultados serviram de base ao longo do percurso.

No contexto clínico houve oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, com consolidação de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Adquiri novos conhecimentos teóricos, potencieei o meu raciocínio crítico e julgamento clínico. Tive a oportunidade de iniciar o processo de translação de conhecimento para mudança das práticas contextuais. Integrei o projeto de investigação id.Care e encetei algumas atividades para a disseminação do conhecimento desenvolvido.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, multimorbilidade, cuidados críticos de enfermagem, focos de instabilidade, vigilância.

## ABSTRACT

The monitoring and detection of sources of instability in **Patients with Complex Chronic Disease in Critical Condition** is extremely important for reducing morbidity and mortality in hospital patients.

The person with a complex chronic disease has specific needs that increase the probability of the presence of instability sources.

The master and specialist nurse in medical-surgical nursing has a key role in preserving the safety of these people. Their performance in the organisation and provision of care ensures adequate surveillance and early detection of significant clinical changes through early detection systems adjusted to clinical risk stratification.

This internship report aims to describe and analyse, in a substantiated way, the development of specialised skills in caring for critically ill patients, through activities performed in the context of the intensive care unit, emergency service and cardiology service.

This approach was guided by the project methodology and the knowledge translation model of Graham et al. and supported by the theoretical framework Technological Competency as Caring in Nursing, by Rozzano Locsin, and by Meyer and Lavin's surveillance model. An integrative literature review was conducted on the topic under study, whose results served as a reference throughout the process.

In the clinical context, there was an opportunity for personal and professional development, with the consolidation of masters and common and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing. I acquired new theoretical knowledge, enhanced my critical reasoning and clinical judgment, and had the opportunity to initiate the process of knowledge translation to change contextual practices. I integrated the research project id.Care and started some activities for the dissemination of the knowledge developed.

Keywords: critical ill patient, multimorbidity, critical care nursing, clinical deterioration, surveillance

## **LISTA DE SIGLAS**

APACHE - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU - Centro de Orientação de Clientes Urgentes

ECMO – Extracorporea Membrane Oxygenation

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

MEWS – *Modified Early Warning Score*

NEWS – *New Early Warning Score*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia computadorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

# Índice

INTRODUÇÃO .....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1.1 A Pessoa em Situação Crítica com Doença Crónica Complexa .....	15
1.2 Vigilância de Focos de Instabilidade como Intervenção Promotora da Segurança.	17
1.3 Estratificação de Risco e Sistemas de Detecção Precoce .....	21
2. METODOLOGIA.....	27
3. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
3.1 Unidade de Cuidados Intensivos .....	29
3.2 Serviço de Urgência Geral.....	42
3.3 Serviço de Cardiologia.....	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE I – Plano de Atividades: Unidade de Cuidados Intensivos	
APÊNDICE II – Plano de Atividades: Serviço de Urgência	
APÊNDICE III – Plano de Atividades: Serviço de Cardiologia	
APÊNDICE IV – Ação de formação	
APÊNDICE V – Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI	
ANEXOS.....	93
ANEXO I – Certificado Participação 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica CHLO	
ANEXO II – Certificado Participação VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva	
ANEXO III – Certificado de apresentação de comunicação no encontro Um Dia com os Enfermeiros do HSC	

## **Lista de Figuras e Tabelas**

<b>Figura 1.</b> Plano do percurso de estágio.....	28
<b>Tabela 1.</b> Avaliação da ação de formação.....	58
<b>Tabela 2.</b> Avaliação da concordância com o protocolo de atuação da EEMI.....	60

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização na Pessoa em Situação Crítica, tendo como alicerce os objetivos delineados para este percurso, bem como as atividades desenvolvidas em contexto clínico. O percurso de desenvolvimento de competências foi analisado tendo em conta as competências desenvolvidas à luz do perfil de competências de Mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), comuns (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e específicas (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018) do enfermeiro especialista. Este percurso teve especial ênfase a vigilância de focos de instabilidade na pessoa em situação crítica, mais concretamente na pessoa com doença crónica complexa.

O tema de interesse para a realização do presente trabalho surgiu, inicialmente, com base na motivação profissional de amplificação de competências no cuidado de enfermagem à pessoa que se encontra em contexto de Cuidados Intensivos Polivalentes ou Urgência Geral. Desenvolvo a minha atividade profissional como enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de especialidade de Cardiologia e, deparo-me frequentemente com situações em que o cliente é transferido do Serviço de Urgência (SU) ou enfermaria em situações de saúde cujo o agravamento da sua condição teve provavelmente sinais que não foram detetados e que conduziram aquela pessoa a uma situação de saúde crítica ou, já em UCI, vai apresentando sinais de agravamento da sua condição culminando no aumento da morbilidade e/ou mortalidade.

A evidência mostra-nos que a prevalência de multimorbilidade é atualmente um dos maiores desafios globais, que se torna num desafio para a saúde pública (Fisher et al., 2021; Johnston et al., 2019). Tal facto ocorre devido ao aumento do envelhecimento global e concomitantemente da prevalência de multimorbilidade (Fisher et al., 2021).

Esta é uma realidade visível no nosso país, fazendo Portugal parte de um dos cinco países em que prevalência de doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada em 2020, atingindo valores acima dos 40% (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Faz por isso sentido debruçamo-nos sobre este grupo populacional.

A Pessoa com Doença Crónica Complexa é aquela cuja “condição envolve múltiplas morbilidades que necessitam de atenção de diversos prestadores de cuidados ou instalações, e possivelmente de cuidados de saúde no domicílio, podendo também apresentar necessidades únicas, deficiências ou limitações funcionais” (Sevick et al., 2007, p. 438).

A morbilidade em Portugal afeta especialmente a população com idade igual ou superior a 65 anos, atingindo valores que rondam os 71,4% (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A multimorbilidade é definida como a existência de duas ou mais patologias crónicas (Fisher et al., 2021; Johnston et al., 2019). A prevalência de multimorbilidade acima dos 65 anos de idade, em diversos contextos e populações, ronda atualmente os 65 a 98% (Fisher et al., 2021).

O aumento da mortalidade, diminuição da qualidade de vida, e aumento da utilização dos serviços de saúde são uma realidade associada à multimorbilidade, com a qual se encontra também correlação com o aumento da fragilidade, sendo visível um declínio das reservas da capacidade de saúde física e mental, o que resulta numa vulnerabilidade acrescida (Fisher et al., 2021; Johnston et al., 2019).

Peirce et al. (2011) considera que a pessoa com doença crónica complexa tem maior probabilidade de ocorrência de deteriorações agudas frequentes com aumento inerente do risco de hospitalização. No entanto, os autores referem que estes períodos de agudização podem ser parcialmente evitáveis se a sua deteção for suficientemente precoce e adequada.

Também Algahtani & Merenda (2021) consideram a diminuição da reserva fisiológica uma complicação associada às comorbilidades, o que aumenta o risco de falência de órgãos. Este processo encontra-se, por isso, associado a piores resultados, tais como, mortalidade, incapacidade e declínio funcional, qualidade de vida, e ao aumento da utilização e custos dos serviços de saúde (Johnston et al., 2019; Xu et al., 2017).

Há por isso, a necessidade de uma resposta adequada dos serviços de saúde, tendo em conta os desafios da multimorbilidade, questão que, atualmente, é vista como uma dificuldade, dada a existência de serviços de saúde focados apenas numa única doença, não tendo por isso capacidade para dar resposta à gestão de pessoas com necessidades complexas (Johnston et al., 2019).

Este tipo de complicações pode culminar num processo de doença crítica devido à presença de focos de instabilidade que aumentam o risco de morbidade ou mortalidade num curto período (Frost & Wise, 2007). A Ordem dos Enfermeiros (2010) considera a pessoa em situação crítica “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” (p. 1).

A necessidade de desenvolvimento profissional no sentido de detetar precocemente focos de instabilidade é, para além de uma competência de enfermagem avançada, também um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem na pessoa em situação crítica, definido pela Ordem dos Enfermeiros. É considerada a necessidade de observação contínua da pessoa em situação crítica de modo a detetar problemas potenciais identificáveis, com objetivo de evitar complicações e/ou minimizar os efeitos indesejados (OE, 2011). O conceito de problema potencial remete-nos para a necessidade de elaboração de diagnósticos de enfermagem de risco, na medida em que, este tipo de diagnósticos identifica a vulnerabilidade do cliente em relação a alterações que podem ainda não estar presentes, baseando-se no julgamento clínico do enfermeiro que considera a presença de suscetibilidade do cliente ao desenvolvimento de uma resposta indesejável (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Fragata et al. (2019) considera que na área da saúde, é impossível obter um risco zero, pois, este é um contexto onde a possibilidade de falhas na ação humana direta ou até nas próprias organizações, leva à impossibilidade de evitar de forma absoluta os erros e eventos adversos. Contudo, o autor considera que esta não pode, por isso, deixar de ser uma preocupação dos profissionais, que devem utilizar estratégias e ferramentas, com o intuito de diminuir a ocorrência de eventos adversos, ou aquando da sua presença, reduzir o seu impacto.

O processo de cuidados é também influenciado por fatores relacionados com a complexidade da condição do cliente, contribuindo para o aumento do risco clínico, o que deve ser tido em conta de forma a diminuir a ocorrência de eventos adversos ou diminuir as consequências da sua ocorrência (Donaldson et al., 2021). Posto isto, a presença de fatores de risco e a condição do cliente, podem auxiliar o enfermeiro na análise deste risco e na formação de diagnósticos potenciais (Herdman & Kamitsuru, 2018).

O cliente com deterioração clínica é aquele que passa de determinado estado clínico para um estado clínico comparativamente agravado, o que aumenta o risco individual de morbidade, incluindo disfunção de órgãos, permanência hospitalar prolongada, incapacidade ou morte (Jones et al., 2013).

Reconhecer precocemente a ocorrência de focos de instabilidade é, portanto, uma competência de enfermagem avançada que se afigura como central no cuidado à pessoa em situação crítica e que apela a uma permanente vigilância e atenção no sentido de detetar alterações subtis. Esta habilidade conduz à diminuição de intercorrências para o cliente, evitando a evolução de quadros de descompensação grave. Sendo este processo uma constante na prestação de cuidados. Este nível de desenvolvimento profissional, ao nível de perito, inclui a dimensão intuitiva e o desenvolvimento de cuidados antecipatórios (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Na pessoa em situação crítica, a vigilância deve ser uma constante na prestação dos cuidados, tendo por base a identificação de observações e/ou sinais clinicamente significativos, e sua devida análise, para que o enfermeiro possa agir com o objetivo de minimizar os riscos e dar resposta às alterações identificadas (Meyer & Lavin, 2005).

A fim de fornecer uma deteção mais fiável e precoce de focos de instabilidade, o enfermeiro deverá utilizar métodos tecnológicos objetivos, de modo a recolher dados clínicos dos clientes e facilitar a sua devida avaliação, e por conseguinte, o processo de vigilância (Peirce et al., 2011)

Sendo os meios tecnológicos fortemente utilizados no cuidado à pessoa em situação crítica, e sendo os mesmos necessários para a vigilância de focos de instabilidade nestes clientes, o desenvolvimento deste trabalho será conduzido tendo por base a linha de pensamento da Teoria de Enfermagem *Technological Competence as Caring in Nursing*.

Locsin (2017), considera que as competências tecnológicas na prática de enfermagem devem ser desenvolvidas e utilizadas de forma proveitosa para a prestação de cuidados de enfermagem, tornando-se por isso uma competência integrante da prática fundamental para o cuidado humano.

As tecnologias de saúde permitem ao enfermeiro conhecer o ser humano como a pessoa que participa nos seus cuidados, e não apenas como o objeto de cuidado do enfermeiro. É através dos meios tecnológicos que o enfermeiro obtém informações vitais, de modo cuidar da pessoa como um todo e de forma individualizada (Locsin, 2013).

Neste propósito, a prática de cuidados de enfermagem deve basear-se em procedimentos e comportamentos que se encontrem englobados numa cultura de cuidados que promovam a segurança dos clientes, a fim de reduzir o risco de ocorrência de danos ou erros evitáveis, caso a sua ocorrência não possa ser evitada. Esta é uma preocupação expressa no Plano Nacional da Segurança do Doente. Para tal, este plano engloba um conjunto de medidas dos quais considero pertinente salientar a integração da melhor evidência científica de forma rápida e atempada, bem como de mecanismos inovadores que deverão contribuir para a prestação de cuidados personalizados e humanizados, centrados na pessoa, baseados também na avaliação do risco e monitorização, e com capacidade para acompanhar as alterações demográficas e a inovação biotecnológica (Direção-Geral de Saúde, 2022). Este tipo de medidas e de prática sustentada pela promoção da segurança do cliente vai ter repercussões positivas nos ganhos em saúde (Direção-Geral de Saúde, 2022).

Também Kitson et al. (2013) referem que a segurança deve estar integrada nos cuidados fundamentais, não só pela necessidade da sua promoção em relação aos aspetos físicos, como na dimensão psicossocial. Sendo um cuidado fundamental, atender à segurança é uma responsabilidade essencial da enfermagem.

Este trabalho tem como objetivo descrever e analisar o meu percurso de desenvolvimento de competências como mestre e especialista ao longo do contexto clínico. Este relatório de estágio compreende, numa primeira parte, um capítulo de enquadramento teórico acerca da problemática já abordada anteriormente, reforçando a intervenção especializada de enfermagem no âmbito da vigilância da pessoa em situação crítica, contextualizando a temática. Posteriormente, um capítulo com a metodologia utilizada ao longo deste percurso, bem como um capítulo com a análise do percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, onde serão relatadas as diversas atividades desenvolvidas de forma a analisar detalhadamente as competências desenvolvidas ao longo do percurso. Para concluir serão realizadas algumas considerações finais com um breve resumo do percurso desenvolvido. Adiciono alguns anexos e apêndices para clarificar os aspetos mencionados ao longo do relatório.

A elaboração deste trabalho teve como linha orientadora as normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo sido a referenciação bibliográfica realizada conforme a norma *American Psychological Association* (APA).

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o intuito de enquadrar teoricamente os conceitos centrais abordados neste relatório, este capítulo foi dividido em três subcapítulos: A pessoa em situação crítica com doença crónica complexa; vigilância de focos de instabilidade como intervenção promotora da segurança; e estratificação de risco e sistemas de deteção precoce.

## 1.1 A Pessoa em Situação Crítica com Doença Crónica Complexa

Devido a alterações demográficas e circunstâncias globais, a presença de doença crónica complexa torna-se cada vez mais comum na população (JL et al., 2016).

Esta realidade é também uma preocupação ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, sendo que, atualmente, os clientes que necessitam de internamento hospitalar apresentam, cada vez mais, condições clínicas complexas e diversas comorbilidades (Le Lagadec et al., 2020).

Na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica complexa são diversas as variáveis que devem ser tidas em conta. Para além do impacto na sobrevivência a longo prazo, a presença de comorbilidades pode levar a alterações do estado funcional, qualidade de vida, complicações, readmissões hospitalares e necessidade de cuidados de saúde diferenciados (Charlson et al., 2022).

Dadas as alterações subjacentes à presença de comorbilidades, estas podem atrasar o processo de diagnóstico do cliente, bem como influenciar na decisão do tratamento, implementação do regime terapêutico e na resposta aos mesmos (Charlson et al., 2022).

A polimedicação é um conceito muito associado à pessoa com doença crónica complexa. A necessidade de prescrição de diversos fármacos, tendo em conta a presença de diversas comorbilidades, pode aumentar a morbilidade e mortalidade destes clientes. O risco aumentado de eventos adversos devido à administração de determinados fármacos, alteração na farmacocinética e farmacodinâmica associada à presença de comorbilidades, a interação entre os diversos fármacos e a diminuição da adesão terapêutica, são fatores de preocupação no cuidado à pessoa com doença crónica complexa (JL et al., 2016).

Por consequente, a correlação entre a presença de condições médicas cada vez mais complexas, e a presença de comorbidades, leva ao aumento de ocorrências de eventos adversos não relacionados com o diagnóstico de admissão, durante o internamento (Le Lagadec et al., 2020).

Posto isto, a avaliação de risco inerente à presença de comorbidades pode fornecer uma abordagem inovadora que permite a identificação precoce de alterações e promove a estratificação do prognóstico de riscos para a saúde, o que, concomitantemente, melhora a previsão de resultados clínicos (Charlson et al., 2022).

Allen et al. (2018) considera que fatores como a idade e presença de multimorbidades estão associados ao aumento do risco de deterioração clínica, devendo estas características ser um foco de atenção dos profissionais de saúde, de forma a promover o reconhecimento de focos de instabilidade e da resposta necessária aos mesmos.

Tendo em consideração a complexidade e diversidade de comorbidades associadas a estes clientes, é importante reconhecer que, em situação de emergência, a identificação de parâmetros dentro dos intervalos preconizados podem não ter aplicação na pessoa com doença crónica complexa, podendo ser necessária a identificação daquelas que serão observações normais num cliente específico (Grant, 2018).

Torna-se por isso pertinente salientar que um cliente com sinais vitais dentro dos parâmetros considerados normais, pode ser um cliente em situação crítica, sendo um dever do enfermeiro, ter em conta o estado fisiológico do cliente previamente à situação aguda, a idade, comorbidades e a existência de disfunção orgânica prévia e sua extensão (Jones et al., 2013; Lambe et al., 2016; Vincent et al., 2019). São exemplos disso, os clientes oncológicos, sobre os quais se considera que a frequência cardíaca e a tensão arterial, não são parâmetros preditivos de mortalidade ou necessidade de transferência para a UCI. No entanto, o tempo de enchimento capilar e a necessidade de oxigenoterapia são, nestes clientes, preditivos de necessidade de admissão em UCI e de mortalidade a 30 dias (Cooksley et al., 2012). Ainda neste grupo de clientes em específico, o tipo de malignidade tem importância extrema como preditor de deterioração clínica (Cooksley et al., 2012).

Na pessoa com doença crónica complexa, outros preditores de deterioração clínica que devem ser tidos em conta são também a presença de doença respiratória crónica, neoplasia e a doença pulmonar intersticial (Kwack et al., 2018).

Grant (2019) considera que dada a variação na natureza de diversos ambientes clínicos, é fundamental que os enfermeiros reconheçam as limitações na avaliação destes clientes com a utilização dos sistemas de detecção precoce, encontrando-se por isso incumbidos de utilizar esta avaliação como complemento ao seu raciocínio clínico (Grant, 2019).

O raciocínio clínico diz respeito ao processo através do qual os enfermeiros procedem aos seus próprios julgamentos, comparando-os com a evidência existente, de modo a decidir qual a ação mais apropriada, tendo também em conta o reconhecimento de padrões de forma intuitiva, que podem dar origem a uma resposta pouco evidente (Tanner C., 2006).

A identificação de focos de instabilidade é uma forma de cuidado centrado na pessoa que vive processos complexos de doença crítica. Exige cuidados técnicos e humanos complexos, o que vai ao encontro das competências necessárias como Mestre e enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica definidas pela OE (2010).

## **1.2 Vigilância de Focos de Instabilidade como Intervenção Promotora da Segurança**

O enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica tem um papel fundamental na avaliação e vigilância contínua desta pessoa, devido ao facto do quadro fisiológico do cliente e da prática de enfermagem na prestação de cuidados ao mesmo terem uma forte implicação na segurança dos cuidados (Lambe et al., 2016).

Os focos de instabilidade podem estar relacionados com a doença atual, nova condição ou complicação de comorbilidades presentes. Porém, os mesmos podem ser iatrogénicos aos cuidados de saúde, tendo origem como complicação de determinados procedimentos ou administração terapêutica. A sua detecção precoce irá permitir, por isso, uma intervenção igualmente precoce e, se necessário, agressiva, de modo a diminuir os riscos de morbilidade e mortalidade (Jones et al., 2013).

Lambe et al. (2016) considera que a detecção de focos de instabilidade depende também da correta observação do cliente por parte dos profissionais de saúde e tem impacto no desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem pois, a capacidade de reconhecer alterações fisiológicas promove a antecipação de complicações na medida em

que, apenas após a atribuição de um significado a determinados padrões, é possível desenvolver diagnósticos de enfermagem (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Lambe et al. (2016), considera que a avaliação dos sinais vitais pode fornecer informação acerca do risco de deterioração clínica dos clientes. No estudo realizado pelos autores, foi possível identificar alterações prévias na avaliação apenas de um sinal vital em clientes cujo quadro clínico sofreu posteriormente deterioração. Sendo que foram utilizados neste estudo a avaliação da frequência respiratória, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, tensão arterial, temperatura e estado de consciência.

Segundo Frost & Wise (2007), considera-se também prioritária a avaliação de determinados parâmetros cuja presença de alterações em dois ou mais parâmetros sugere agravamento do estado fisiológico do cliente. Fazem parte destes parâmetros, alterações do estado de consciência, respiração, pulso, tensão arterial, débito urinário, perfusão periférica e tempo de preenchimento capilar pois, por norma, a avaliação dos mesmos leva à deteção precoce de alterações neurológicas e cardiorrespiratórias, sendo estas consideradas as que apresentam risco aumentado de mortalidade.

A antecipação de problemas tem importância extrema no processo de vigilância em enfermagem. Os enfermeiros devem utilizar diversas fontes de informação disponíveis para antecipar problemas e intervir de modo a preveni-los ou diminuir as suas consequências. Posto isto, para perceber o nível de eficácia da vigilância podemos ter em conta dados como a taxa de mortalidade e morbilidade sob internamento (Halverson & Scott Tilley, 2022).

Este processo de reconhecimento, antecipação e atribuição de significado de focos de instabilidade remete-nos para o conceito de vigilância, não devendo ser a mesma realizada apenas pontualmente, mas sim através de avaliações frequentes e devida análise da informação recolhida em tempo útil (Meyer & Lavin, 2005).

Para além da importância do processo de vigilância na deteção de focos de instabilidade durante a prestação de cuidados, o mesmo deve também ser utilizado para monitorizar o resultado que advém de uma determinada ação previamente realizada, sendo este outro fator que torna a vigilância num processo fundamental ao cuidar em enfermagem (Meyer & Lavin, 2005).

A observação e monitorização é uma parte essencial da vigilância, contudo, a vigilância torna-se mais do que isso, sendo um processo necessário ao cuidar, principalmente no cuidado à pessoa em situação crítica (Halverson & Scott Tilley, 2022).

Dada a vasta experiência da enfermeira perita, as suas competências e por consequente a sua capacidade de reconhecer alterações fisiológicas, as mesmas podem ser identificadas pelo enfermeiro perito previamente ao aparecimento de alterações na avaliação dos sinais vitais (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Meyer & Lavin (2005) consideram que o processo de vigilância obedece a diversas etapas para o seu desenvolvimento. Os autores consideram que para que ocorra este processo deve ser atribuído um significado às observações e avaliações realizadas de forma a permitir a tomada de decisão em relação às observações que podem ou não requerer algum tipo de intervenção. Esta intervenção deve ser realizada de modo a antecipar as complicações que podem advir das alterações observadas. Também para as intervenções de enfermagem realizadas existe um risco inerente, sendo que o enfermeiro deve ter a capacidade de calcular o risco das suas ações e ajustá-las de modo a minimizá-lo, garantindo rapidamente a realização de uma determinada ação sempre que necessária e com segurança. O enfermeiro deve monitorizar a eficácia das intervenções realizadas com base no julgamento das mesmas acerca da sua utilidade numa determinada situação.

As etapas do processo de vigilância definido por Meyer & Lavin (2005) vão ao encontro daquelas que são consideradas por Benner (2001) como as etapas do processo de desenvolvimento de competências de perito em relação ao diagnóstico e à vigilância.

Para Benner (2001), este desenvolvimento baseia-se em cinco etapas:

- Detetar mudanças significativas do estado do cliente, através da avaliação e observação do cliente;
- Antecipar a deterioração do estado do cliente através de alterações subtis, previamente ao aparecimento de sinais que confirmem o diagnóstico;
- antecipar os problemas através da observação de um cliente em específico e reflexão sobre dúvidas, preocupações e problemas que possam surgir;
- Antecipar as necessidades do cliente através da reflexão com base na sua própria experiência e perceção de uma determinada doença através da observação dos clientes, aos quais foram prestados cuidados previamente, e que dela padecem;

- Avaliar o potencial de cura do cliente, a resposta às diferentes estratégias do tratamento, tendo em conta determinação e avaliação do potencial de recuperação realista do cliente como guia para definir objetivos e estratégias de tratamento.

A vigilância em enfermagem é por isso um ato fundamental para a segurança dos cuidados, sendo que, a ocorrência de eventos adversos decorre muitas vezes como consequência da falha deste processo (Halverson & Scott Tilley, 2022; Meyer & Lavin, 2005).

A quando da inaptidão ou necessidade de ajuda na resposta às alterações observadas, o enfermeiro deve mobilizar outros membros da equipa de forma a manter a promoção da segurança dos cuidados prestados (Meyer & Lavin, 2005).

Grant (2019) considera a presença de fatores culturais e comportamentais da equipa no reconhecimento e resposta aos focos de instabilidade presentes, o autor enfatiza a importância da priorização dos cuidados e o esforço da equipa de modo a promover uma cultura de segurança positiva para o cliente.

A Organização Mundial de Saúde (2021) considera a segurança na prestação de cuidados como um desafio para a saúde, principalmente pelo facto da ocorrência de eventos que ponham em causa a segurança dos clientes estarem relacionados com a prevalência de incapacidade ou danos que culminem em mortalidade. Esta preocupação vai ao encontro com as recomendações da OE (2006) que consideram a necessidade de prestação de cuidados de modo a garantir a segurança dos clientes.

Para além dos motivos já referidos, a prestação de cuidados de forma segura tem também implicações para o sistema de saúde, não só em relação aos custos económicos e financeiros, mas também em relação ao nível de confiança que os clientes e família sentem em relação ao próprio sistema, e à prevenção de danos provocados nos profissionais de saúde expostos a eventos adversos (WHO, 2021).

Kitson (2018) faz referência à importância da relação entre o enfermeiro e o cliente de modo a criar este ambiente seguro ao longo do tempo. Quando estabelecida esta relação de confiança, torna-se possível construir e reforçá-la não só apenas com um enfermeiro em questão, mas com toda a equipa. O autor refere também que os enfermeiros devem manter o cliente seguro e confortável, independentemente da sua condição clínica e, para isso, as intervenções de enfermagem não devem ser apenas parte

de um conjunto de intervenções necessárias para a promoção do autocuidado, mas devem ser vistas como parte do autoconceito do cliente em questão.

O mesmo deve ocorrer quando existe necessidade de envolver a família ou o cuidador neste processo, no qual o enfermeiro promove a capacidade do cuidador em assegurar a manutenção da prestação de cuidados com base na dignidade, respeito e segurança (Kitson et al., 2013).

### **1.3 Estratificação de Risco e Sistemas de Detecção Precoce**

Sendo a deterioração clínica uma questão de vida ou morte e, por vezes, deparando-se as equipas com a dificuldade na tomada de decisão de transferência de um cliente para a UCI, principalmente nos contextos em que este pode ser um recurso limitado, a estratificação do risco de deterioração aguda é fundamental (Kwack et al., 2018).

Smith et al. (2015) considera que, de modo a melhorar a prestação de cuidados e inerente resultado para o cliente com focos de instabilidade, existem quatro elos de ligação, aos quais o autor denomina de “Cadeia de Prevenção”, dos quais fazem parte a formação e conhecimento, o acompanhamento do cliente, o pedido de ajuda, sendo que o mesmo deve ser feito de forma adequada, e a intervenção que leve à resposta esperada por parte do cliente.

Como adjuvante na avaliação de deterioração clínica, e de modo a estratificar este risco e auxiliar na quantificação objetiva da gravidade da situação em que o cliente se encontra, foram criados sistemas de deteção precoce (Pellathy et al., 2021).

A sua utilização na prática clínica aumenta a precisão e eficácia da avaliação dos clientes e risco associado ao seu estado clínico, estando por isso associados a melhores resultados para os clientes e promovendo por isso a qualidade dos cuidados prestados. Por conseguinte, o objetivo da implementação destes sistemas é potenciar a resposta a situações urgentes de modo a intervir e evitar a mortalidade, paragem cardiorrespiratória (PCR) ou transferência para os cuidados intensivos. (Kisiel & Perkins, 2006; Mann et al., 2021; Morris & Davies, 2010; Pellathy et al., 2021).

Os sistemas de deteção precoce são ferramentas que auxiliam no reconhecimento de focos de instabilidade, aquando da sua utilização concomitante com os elos da cadeia

de prevenção. Todos os elos da cadeia, bem como a utilização destes sistemas, devem estar interligados entre si. Contudo, a utilização destes sistemas não deve anular os restantes elos da cadeia, sendo esta uma ferramenta útil como coadjuvante na estratificação do risco de deterioração e na tomada de decisão (Smith et al., 2016).

Os sistemas de deteção precoce foram criados numa tentativa de estratificar o risco de deterioração clínica dos clientes e auxiliar na quantificação objetiva da gravidade da situação em que o cliente se encontra, de forma a identificar necessidades agudas dos mesmos, podendo também ser posteriormente utilizados como recurso de avaliação da qualidade dos cuidados e resultados para o cliente (Mann et al., 2021).

Para possibilitar esta estratificação, estes sistemas baseiam-se num conjunto de parâmetros predefinidos, que podem englobar apenas um ou vários sinais vitais e fatores, de modo a categorizar as alterações encontradas nos parâmetros avaliados, e a estratificar o risco das alterações fisiológicas encontradas, tornando-os por isso, numa ferramenta confiável e de utilização rápida e prática, para este processo (Le Lagadec et al., 2020; Liu et al., 2015).

Através deste tipo de estratificação, considera-se que o potencial de deterioração aumenta consoante a incidência de sinais vitais fora dos parâmetros padronizados sendo que, a combinação de dois ou mais sinais vitais anormais é considerada um melhor indicador de deterioração do que quando apenas um sinal vital se encontra alterado pois, dada a motorização intermitente dos mesmos, a alteração num único sinal vital é mais facilmente desvalorizada (Le Lagadec et al., 2020).

Contudo, apesar da sua eficácia como complemento nesta avaliação, a sua estratificação de todos os clientes de forma global pode ter algumas limitações, tendo em conta a variada natureza de ambientes clínicos e de grupos de clientes com diagnósticos específicos (Grant, 2019).

Tal como se considera que alguns sistemas de deteção precoce não devem ser utilizados em grávidas ou indivíduos com idade inferior a dezasseis anos, tendo em conta os diferentes tipos de resposta fisiológica destes dois grupos a uma situação de doença aguda, então, da mesma forma, em clientes com patologias crónicas, a probabilidade de estratificarmos o risco de forma incorreta com a utilização destes sistemas deve ser uma preocupação (Ravikirti, 2016).

Há por isso necessidade de individualizar o processo de estratificação, para que os sistemas de detecção precoce não considerem que um indivíduo tem um risco clínico superior ao normal, devido à presença de uma doença crónica, cujos valores dos sinais vitais se encontram dentro dos parâmetros padronizados para os clientes com determinada patologia. Esta avaliação pode também ser falseada em clientes em fase terminal, cujo teto terapêutico já se encontra previamente definido, daí a importância de utilizar os sistemas de detecção precoce como um coadjuvante na avaliação clínica e não como um substituto do julgamento clínico (Ravikirti, 2016).

Lambe et al. (2016) considera também que a avaliação incompleta dos sinais vitais pode resultar numa falha do reconhecimento de focos de instabilidade o que concomitante leva à falha na estratificação de risco com o auxílio de sistemas de detecção precoce. A correta monitorização dos sinais vitais acaba por ocorrer apenas quando o cliente já se encontra em situação crítica, o que contribui para um resultado adverso para o cliente.

A presença de focos de instabilidade ocorre por vezes de forma gradual, sendo mais perceptível numa avaliação com base em tendências, tanto dos sinais vitais como de um sistema de detecção precoce, do que apenas com uma avaliação pontual (Le Lagadec et al., 2020). Reconhecendo a importância destas tendências, torna-se fundamental enfatizar o exemplo fornecido por Lambe et al. (2016) que demonstra que num serviço de internamento no qual sejam avaliados os sinais vitais uma vez a cada 8h, se a avaliação anterior dos sinais vitais não tiver completa, e a deterioração não tiver sido perceptível, o clientes só volta a ser avaliado com monitorização de sinais vitais muitas horas após a avaliação incorreta, podendo ter este conjunto de circunstâncias um impacto não só no reconhecimento da deterioração clínica mas também nos resultados para o cliente.

Dada a pertinência da abordagem deste tipo de ocorrências, é importante ressaltar que não só nos serviços de internamento a avaliação dos sinais vitais é feita de forma incorreta, como também nos serviços de urgência, não sendo possível referir se esta falha tem o mesmo impacto em ambos os serviços. Contudo, pensar na possibilidade de aumentar de forma substancial a frequência das avaliações dos sinais vitais e dos sistemas de detecção precoce, para que isto não ocorra, pode ter um impacto negativo na sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e por consequente, comprometer a segurança dos cuidados (Lambe et al., 2016).

A utilização dos sistemas de detecção precoce pode ocorrer de forma errônea devido às incoerências na sua aplicação e utilização, mas também devido a falhar no cálculo e interpretação das pontuações, na comunicação entre a equipa, e por vezes também por razões organizacionais e sociais (Le Lagadec et al., 2020).

Contudo, há que ter em conta a diferença entre as falhas realizadas com os sistemas de detecção precoce e as falhas da equipa na sua utilização.

Posto isto, há que enfatizar a necessidade de ajuste do limiar destes sistemas para que se possam adequar a populações mais específicas, o que requer um nível de recursos superior, não querendo por isso dizer que um sistema de estratificação de risco de aplicação global não deva existir, a sua utilização é que pode ser mais vantajosa em contexto com recursos reduzidos, por exemplo (Le Lagadec et al., 2020).

Apesar do benefício destes ajustes no processo de estratificação de risco, há que ter em atenção os limiares da sua avaliação pois a presença de um elevado número de falsos alarmes pode aumentar exponencialmente a sobrecarga da equipa e consequentemente a resposta à presença de focos de instabilidade (Le Lagadec et al., 2020).

Apesar dos sistemas de detecção precoce serem uma ferramenta que promove a eficácia da avaliação do cliente (Grant, 2019), um bom julgamento clínico e uma boa avaliação de enfermagem são imperativos na combinação com a utilização dos mesmos, na medida em que, a evidência diz-nos que a sua utilização não deve causar excesso de confiança por parte da equipa de enfermagem ou sensação de dependência sobre a sua utilização, podendo estes aspetos levar a uma influência negativa na prática (Grant, 2019; Le Lagadec et al., 2020).

É essencial que os enfermeiros reconheçam as limitações referidas de forma a poderem colmatá-las e manter a sua utilização como um complemento à sua prestação de cuidados (Grant, 2019; Le Lagadec et al., 2020)

Os enfermeiros devem manter e promover a confiança na sua capacidade de avaliação clínica e de interpretação fisiológica, articulando os conhecimentos teóricos e a deterioração do cliente (Grant, 2018).

É visível o aumento da sensibilidade e especificidade de alguns sistemas de detecção precoce, em conjunto com o julgamento clínico (Kwack et al., 2018).

Contudo, apesar da suas limitações e da necessidade de compreensão por parte da equipa de que a sua utilização deve ser um coadjuvante com a avaliação e observação do enfermeiro, esta ferramenta é considerada fiável para avaliar a gravidade da doença e detetar clientes em risco de deterioração, sendo por isso uma ferramenta útil na avaliação do cliente e de rápida utilização à cabeceira do cliente (Liu et al., 2015).

Foi possível perceber que os sistemas de alerta precoce mais estudados são a *Modified Early Warning Score* (MEWS) e a *New Early Warning Score* (NEWS) (Cooksley et al., 2012; Fullerton et al., 2012; Kwack et al., 2018; Le Lagadec et al., 2020; Liu et al., 2015). Apenas um dos estudos não se referiu ao NEWS e MEWS, comparando apenas o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) e um sistema de deteção precoce para UCI (Yeung et al., 1990).

Há congruência entre os autores, que afirmam que valores elevados na avaliação da NEWS e MEWS são bons preditores de deterioração clínica (Cooksley et al., 2012; Fullerton et al., 2012; Kwack et al., 2018; Le Lagadec et al., 2020; Liu et al., 2015).

No entanto, vários autores mencionam limitações quanto à sensibilidade da NEWS e MEWS para clientes com determinadas patologias em específico (Cooksley et al., 2012; Fullerton et al., 2012; Kwack et al., 2018; Le Lagadec et al., 2020; Liu et al., 2015).

A NEWS tem bom poder discriminatório para clientes com patologias neurológicas, cardiovasculares e respiratórias (Liu et al., 2015). No entanto, a capacidade da NEWS de prever a deterioração clínica não foi muito boa em clientes com patologias gastrointestinais (Liu et al., 2015).

A MEWS apresenta também lacunas na estratificação do risco em clientes com isquemia miocárdica, traumatismo cranioencefálico e lesão da coluna vertebral (Fullerton et al., 2012).

Dito isto, a utilização de um sistema de deteção precoce tem resultados positivos, no entanto, a combinação de dois ou mais sistemas apresenta melhores resultados (Le Lagadec et al., 2020).

O APACHEII e o sistema de deteção precoce para UCI têm também um poder discriminatório para diferentes grupos de clientes, sendo que o sistema de deteção precoce para UCI é capaz de prever mortalidade em clientes com patologias cardiovasculares e gastrointestinais e a APACHEII tem maior poder discriminatório para clientes com sépsis e já internados em UCI (Le Lagadec et al., 2020; Yeung et al., 1990).

Dada as diferenças no poder discriminatório destes sistemas em relação a diferentes patologias, considera-se benéfico o desenvolvimento da NEWS para que este sistema se torne num melhor preditor de risco clínico, em clientes oncológicos principalmente tendo em conta o impacto não só no risco clínico, como no risco de mortalidade, e aumento da necessidade de transferência para os cuidados intensivos, o que tem uma importância extrema para a segurança destes clientes (Cooksley et al., 2012; Liu et al., 2015).

O mesmo acontece para os clientes com patologia respiratória, sendo que, em relação aos sistemas de deteção precoce já existentes e estudados, percebeu-se que apesar da existência de limitações, a relação  $SpO_2/FiO_2$ , é uma fórmula mais simples, que mostrou um poder preditivo semelhante ou até superior em relação à necessidade de transferência inesperada para a UCI (Fullerton et al., 2012).

Os sistemas de deteção precoce podem servir também como auxílio para a ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI). Após a implementação de equipas de reanimação em alguns hospitais, cuja ativação era apenas feita em caso de PCR, houve necessidade de evolução para aquelas que são atualmente chamadas de Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar. As EEMI são ativadas não só em caso de PCR mas também aquando da existência de deterioração fisiológica aguda (DGS, 2010).

Tal como já referido anteriormente, clientes internados em enfermaria podem passar por processos de deterioração inesperada cuja presença de sinais e sintomas de alterações fisiológicas podem ter início cerca de 6 horas antes da PCR. Aquando desta presença, as EEMI devem ser ativadas com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade intra-hospitalar (Maharaj et al., 2015).

Para otimizar a ativação das EEMI tem de haver reconhecimento de focos de instabilidade nos clientes pelo que, os critérios de ativação das equipas devem ser sistematizados de forma a garantir a segurança de todos os clientes sob internamento e diminuir a incidência de eventos adversos (Considine et al., 2018).

Através da leitura e análise de alguns estudos que serão integrados na Revisão Integrativa da Literatura, podemos considerar como resultados preliminares da mesma, que estudos apontam bons resultados na utilização da escala de NEWS para a gestão e estratificação do risco clínico.

## 2. METODOLOGIA

Para dar resposta à problemática sobre a qual me debrucei, e no sentido de estruturar o percurso desenvolvido, guiei-me pela metodologia de projeto, o que permitiu o desenvolvimento de capacidades e competências durante a concretização do projeto em contexto clínico, e possibilitou a interligação entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

Todas as etapas da metodologia de projeto foram realizadas ao longo deste percurso, desde diagnóstico de situação, planificação das atividades, execução das mesmas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos, terminando agora com a apresentação dos resultados neste relatório (Ruivo et al., 2010).

No propósito de transferir conhecimento científico, de forma dinâmica e multidirecional, supor-tei-me também no modelo de implementação da ciência. Fazem parte deste modelo um conjunto de sete etapas: identificar o problema e rever os conhecimentos existentes; adaptar o conhecimento ao contexto local; avaliar os obstáculos à utilização do conhecimento; selecionar e implementar o conhecimento; monitorizar a utilização desse conhecimento; avaliar os resultados obtidos; e sustentar a utilização do conhecimento (Bjørk et al., 2013; Graham & Tetroe, 2007).

Ao longo deste percurso, foi possível atingir as primeiras duas etapas deste modelo, através da identificação de uma problemática, de forma a adquirir conhecimentos sobre a mesma, e adaptar o conhecimento ao contexto (Bjørk et al., 2013).

Ruivo et al. (2010) consideram que os objetivos são considerados representações antecipadoras centradas na ação que se pretende desenvolver. Pelo que, foram atribuídas atividades a cada um dos objetivos e definidos indicadores de resultados.

Foi definido um objetivo geral: desenvolver competências de enfermagem para uma intervenção de mestre e especializada, com especial ênfase na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com focos de instabilidade.

No sentido de auxiliar no desenvolvimento dos conhecimentos teórico e sustentar a problemática em estudo, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, que teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de enfermagem de estratificação do risco clínico de Pessoa com Doença Crónica Complexa em Situação Crítica na prevenção Focos de Instabilidade?*

O Estágio decorreu em três contextos: o contexto de UCI, SU e o Serviço de Cardiologia, contexto onde desenvolvo o meu percurso profissional. O plano para este percurso de estágio encontra-se esquematizado na Figura 1.

**Figura 1.**

*Plano do percurso de estágio.*



Após estruturação e elaboração do projeto de estágio para os diferentes contextos clínicos, foi-me possível iniciar o meu percurso em contexto clínico ao longo de cerca de 16 semanas, perfazendo um total de cerca de 500 horas.

Nos contextos de estágio, para além da integração e prestação de cuidados especializados em enfermagem, foram realizadas atividades como o desenvolvimento de jornais de aprendizagem, realização de estudos de caso, participação em eventos científicos, disseminação de conhecimento, realização de formação em serviço e elaboração de uma proposta de organização do serviço para mudança das práticas de cuidados. Porque o tema do meu projeto versa o cuidado à pessoa com doença crónica complexa, fui convidada a integrar ainda o projeto id.Care: Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão. No âmbito deste projeto, tive oportunidade de, em conjunto com um dos parceiros, o Instituto Superior de Engenharia de Lisboa, participar no desenvolvimento de uma aplicação web para suportar a tomada de decisão dos enfermeiros – id.Care connect (for nurses).

### **3. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Após o desenvolvimento do projeto de estágio, onde delineei o meu percurso para os diferentes contextos hospitalares, e tendo por base a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos ao longo do mestrado, dei início ao meu estágio com o intuito de desenvolver e adquirir competências de mestre, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento n° 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019; Regulamento n° 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Este processo teve extrema importância para o desenvolvimento do meu julgamento clínico, para que isso me permitisse crescer como enfermeira e desenvolver uma prática avançada em enfermagem.

Este capítulo encontra-se, por isso, dividido em três subcapítulos, de forma a especificar e analisar o desenvolvimento de competências, tendo em conta os diversos contextos clínicos que tive oportunidade de integrar: unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência e serviço de cardiologia.

#### **3.1 Unidade de Cuidados Intensivos**

O meu percurso em contexto de estágio teve início numa UCI com um total de 23 camas de nível III.

Esta UCI tem ainda uma sala com uma unidade de hemodiálise e plasmaferese, uma sala de reanimação cardiopulmonar extracorporeal e realização de procedimentos como colocação de eletrocater ou de cateter para hemodiálise.

A equipa de enfermagem é composta por um total de cerca de 110 enfermeiros, dos quais 22 são enfermeiros especialistas. Sendo que, em cada turno, os cuidados de enfermagem são assegurados por 16 enfermeiros e 3 médicos.

Alocado ao serviço, existe ainda uma equipa de resgate de clientes com necessidade de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), com o intuito de proceder ao resgate de clientes com insuficiência respiratória ou choque cardiogénico, em qualquer parte do país. Esta equipa é constituída por dois enfermeiros e dois médicos, escalados para o efeito de forma preventiva.

Para este contexto, e tendo por base o objetivo geral de desenvolver competências de enfermagem para uma intervenção de mestre e especializada, com especial ênfase na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com focos de instabilidade, foram desenvolvidos objetivos específicos e atividades a desenvolver ao longo do contexto [apêndice I]

Dada a minha experiência profissional também em UCI, considero que este contexto me permitiu desenvolver o meu julgamento clínico, de modo a refletir sobre práticas que realizo no meu dia-a-dia. Esta reflexão foi também possível pelas experiências de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e inerente discussão de práticas com os enfermeiros especialistas deste contexto. Este processo potenciou o desenvolvimento das minhas competências. Ao longo deste subcapítulo serão apresentados alguns destes exemplos.

Na primeira semana de estágio, em conjunto com a enfermeira orientadora, dirigimo-nos à unidade do cliente com o intuito de otimizar os dispositivos tecnológicos e garantir a segurança do cliente aquando da sua utilização. Neste momento, para além de testar as rampas de oxigénio e aspiração, bem como a presença do insuflador manual, a enfermeira orientadora fez também referência à necessidade de otimização dos alarmes de monitorização, com o intuito de garantir a segurança do cliente.

Esta era uma temática para a qual eu me encontrava desperta em relação à otimização do ambiente, porém, este momento permitiu-me a reflexão acerca da sua importância para a segurança do cliente. Através desta experiência, pude constatar que caso o cliente se encontre taquicárdico, aumentar o limiar superior do alarme apenas otimiza o ambiente. É necessário ter também em conta a necessidade de ajustar o limiar inferior, pois com base na avaliação de tendências, se o cliente está por norma taquicárdico, a diminuição da frequência cardíaca para valores de normocardia, pode significar a presença de um foco de instabilidade. Posto isto, não manter o limiar inferior do alarme num valor demasiado baixo, é uma forma de potenciar a utilização de meios tecnológicos, para haja uma deteção precoce de focos de instabilidade.

Este simples equilíbrio entre a tentativa de otimizar os ruídos e a promoção da segurança do cliente, leva a um aumento da precisão na monitorização e promove a deteção de alterações clínicas. Concomitantemente torna-se visível uma diminuição de ativações constantes e desnecessárias, o que promove a segurança na prestação de cuidados (Fidler et al., 2017).

Para além disto, as ativações desnecessárias dos alarmes têm impacto no aumento da fadiga dos enfermeiros, podendo este ser um fator de risco na segurança dos cuidados prestados. Também o sono dos clientes e o seu grau de satisfação durante o internamento, podem ficar afetados com as ativações recorrentes (Brantley et al., 2016).

Também Peirce et al. (2011) referem a importância da utilização dos meios tecnológicos, com o objetivo de recolher o maior número de dados clínicos do cliente. Esta é uma forma de promover a correta avaliação da pessoa em situação crítica, e consequentemente, otimizar o processo de vigilância. Posto isto, a versatilidade e a capacidade de adaptação do enfermeiro às tecnologias torna-se extremamente importante (Locsin, 2001).

Discutir e refletir sobre a situação exposta fez-me equacioná-la em muitos outros contextos semelhantes, em que os alarmes podem ser determinantes para uma intervenção precoce.

Mais, uma vez, esta reflexão vai ao encontro da Teoria de Enfermagem Technological Competence as Caring in Nursing, que refere que as competências tecnológicas na prática de enfermagem devem ser desenvolvidas com o intuito de melhorar a prestação de cuidados, e utilizadas de forma proveitosa na prática ao cuidado humano (Locsin, 2017).

Esta experiência e inerente reflexão, permitiu-me o desenvolvimento de competências do “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), através da capacidade de garantir ao cliente um ambiente terapêutico e seguro, bem como cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica através da prestação de cuidados de forma a antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Na UCI, o dia-a-dia é caracterizado pelo cuidado à pessoa em situação complexa de cuidados. Exemplo disso foi o desafio de cuidar de uma pessoa em choque cardiogénico. Esta situação motivou a realização de um estudo de caso, onde para além da apresentação da situação clínica do cliente, houve oportunidade de mobilizar evidência científica numa prática avançada de cuidados. O cliente encontrava-se em choque cardiogénico com necessidade de ECMO venoarterial. A transferência do cliente para a

UCI foi realizada após a equipa de resgate ter colocado o ECMO, num hospital fora da área metropolitana de Lisboa.

Apesar de já ter contactado previamente com clientes com necessidade de ECMO, foi com esta experiência que pude colocar em prática o protocolo de ECMO do serviço, e ter em conta a constante necessidade de vigilância na pessoa em situação crítica sob ECMO. De possíveis intercorrências a que o cliente se encontra exposto, torna-se pertinente referir o risco hemorrágico, também associado à necessidade de gestão de anticoagulação, e o risco de infeção, ambos devido à presença das cânulas.

Durante o processo de vigilância ao cliente com ECMO, foi importante refletir sobre as possíveis intercorrências do dispositivo tecnológico.

Tive oportunidade de realizar intervenções de vigilância de presença de coágulos ou fibrina no oxigenador, das pressões intravasculares exercidas pelo dispositivo, e da permeabilidade do oxigenador. Estas intervenções, vão de encontro com as *guidelines* consultadas, que fazem também referência à necessidade de gestão de todo o circuito, através da vigilância da presença de coágulos, dos parâmetros do ECMO, devido ao risco de hemólise, e da capacidade da membrana em manter as trocas gasosas de forma eficaz (Lorusso et al., 2021).

Este estudo de caso permitiu a reflexão sobre a importância da avaliação do risco do suporte circulatório na pessoa em situação crítica. Principalmente, em relação ao circuito extracorporeal. A falência do mesmo, pode colmatar num evento adverso para o cliente, e aquando da sua incorreta utilização ou vigilância, este meio tecnológico pode vir a tornar-se deletério para a pessoa em situação crítica.

As necessidades tecnológicas na prática de enfermagem devem ser vistas como a utilização da tecnologia em enfermagem, e não como a utilização de tecnologia como enfermagem (Locsin, 2017). Tendo em conta a necessidade fundamental de ter como foco o cliente e as suas necessidades, a tecnologia deve ser utilizada como suporte durante o cuidar. O cuidar e a tecnologia devem estar aglomerados num só, não devendo ser priorizada nenhuma das partes, com o intuito de potenciar a prestação de cuidados.

Durante o desenvolvimento do estudo de caso, e após reflexão sobre o mesmo em conjunto com a dicotomia que Locsin (1999), torna-se claro a importância do uso de tecnologias para a prestação de uma prática avançada em enfermagem. Contudo, é imprescindível a vigilância da tecnologia, para que a sua utilização apenas tenha um

caráter de beneficência para o cliente ou, em última instância, aquando da ocorrência de um evento adverso, seja possível a diminuição do seu impacto. A Intensive Care Society (2019) considera ainda que toda a equipa deve estar familiarizada e ter competências para utilizar os meios tecnológicos disponíveis na UCI.

Através da experiência relatada, pude desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, e de aprendizagens profissionais através da mobilização de evidência científica para basear a praxis clínica especializada (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), bem como da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica e a maximização de intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica, e face à complexidade da situação (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018), sem descurar a essência do cuidar em enfermagem, e através da apreensão daquilo que é ou pode vir a ser um problema, sendo esta também uma competência necessária para atingir o nível de perito (Benner, 2001).

A gestão de analgesia, em clientes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), ou de anticoagulação, em clientes sob ECMO, permitiu o desenvolvimento de competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Relato de forma particular, a experiência com um cliente politraumatizado, com o diagnóstico de fratura dos quatro membros, pélvis e *volet* costal, que se encontrava apenas com oxigenoterapia por cânula nasal.

Enquanto prestava cuidados de higiene e conforto ao cliente, houve a necessidade de gerir a administração de analgésicos opióides. De forma a proporcionar conforto ao cliente durante as mobilizações no leito, foi necessário a administração de doses elevadas de terapêutica, o que proporcionou o aumento do risco de depressão respiratória.

Imediatamente antes de cada mobilização, era possível observar a ansiedade crescente sentida pelo cliente. Ao dar conhecimento prévio ao cliente das intervenções a realizar, pude observar a diminuição da ansiedade ao longo da prestação de cuidados.

A dor é o 5º sinal vital e é considerada como uma experiência desagradável, que associa a componente sensorial e emocional de quem a sente. Tendo por base a promoção da humanização dos cuidados, o controlo da dor é um direito dos clientes e um dever dos profissionais de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

No trauma torácico, o alívio da dor é fundamental, podendo até estar associado a deterioração clínica. Posto isto, a gestão da dor torna-se num pilar no cuidado ao cliente com trauma torácico (Saranteas et al., 2019).

Pinho et al. (2012), recomendam que a dor seja avaliada pelo enfermeiro, antes, durante e após um procedimento doloroso, bem como após intervenção farmacológica e/ou após realização de medidas de conforto ou intervenções não farmacológicas.

O desconforto provocado pela dor pode levar a instabilidade emocional do cliente, impossibilitando a interação do cliente com a equipa de forma calma, e diminuindo a capacidade de resiliência do cliente (Saranteas et al., 2019).

A partir da experiência descrita anteriormente, foi possível ainda a reflexão sobre a importância da comunicação, principalmente como apoio para a gestão da dor e conforto.

A comunicação entre enfermeiro-cliente tem um efeito positivo na relação, o que pode diminuir a dor e ansiedade, e aumentar a sensação de segurança e promover a eficácia da terapêutica (Sullivan et al., 2016).

O enfermeiro deve ser capaz de antecipar as necessidades do cliente, de modo a dar resposta às mesmas atempadamente, para que o cliente se sinta confortável e seguro em termos físicos, psicológicos e emocionais (Kitson, 2018). A preocupação do enfermeiro com os cuidados fundamentais, promove tanto a segurança, como a recuperação e o bem-estar do cliente (Kitson & Feo, 2016).

Kitson et al. (2013), consideram que a capacidade que o enfermeiro tem em demonstrar empatia, respeito e compaixão, de forma consistente e contínua ao longo da prestação de cuidados, não só é fundamental, como deve ser integrada durante todas as intervenções técnicas e terapêuticas.

Esta experiência permitiu-me o desenvolvimento de competências do “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, através da prestação de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). E ainda, o desenvolvimento de competências de gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e otimização das respostas à mesma, concomitante com o desenvolvimento de competências

relacionadas com a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018)

Ainda em relação ao conforto da pessoa em situação crítica, deparei-me com aquela que era uma preocupação neste contexto clínico em UCI, a prevalência da sede.

Não sendo este um sintoma na pessoa em situação crítica para o qual eu estava desperta, tive a oportunidade de, em conjunto com o enfermeiro orientador, perceber qual a prevalência deste sintoma nos clientes sob VMI. Posto isto, de uma forma sucinta, dirigi-me aos clientes sob VMI que se encontravam com uma sedação leve e questionei se os mesmos sentiam sede, percebendo que a maioria respondia a esta questão de forma afirmativa.

Kjeldsen et al. (2018) refere que os clientes associam a sede a sentimentos de ansiedade e desespero. Estes sentimentos têm impacto no bem-estar psicológico dos clientes.

A sede é um sintoma muito prevalente na pessoa em situação crítica, contudo, não é monitorizado de forma consistente, e as intervenções a ter em conta nestes casos também não são realizadas de forma rotineira, o que leva a um aumento do desconforto dos clientes (Zhang et al., 2022).

Existem escalas de avaliação da hidratação da mucosa oral, como a *Objective Oral Mucosa Scale*, que mostram bons resultados na sua utilização na avaliação da mucosa na pessoa em situação crítica (Zhang et al., 2022).

Esta experiência e concomitante reflexão permitiu potenciar o meu raciocínio crítico, no sentido de compreender a importância que a temática tem para a promoção do conforto do cliente. Contudo, por vezes, e de forma errônea, este tipo de temáticas podem ser subvalorizadas.

O raciocínio clínico é um processo que leva o enfermeiro a proceder aos seus próprios julgamentos. Através destes, em conjunto com a evidência existente, é possível a tomada de decisão acerca da intervenção mais apropriada para cada situação. O raciocínio clínico é também potenciado pelo reconhecimento de padrões de forma intuitiva, com base na experiência do enfermeiro (Tanner, 2006).

Através desta experiência e reflexão, pude desenvolver competências de gestão do bem-estar da pessoa em situação crítica, e otimizar a resposta à mesma (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Neste contexto clínico, deparei-me com um cliente que se encontrava na UCI há cerca de 45 dias, sob ECMO. Dado o tempo de internamento era perceptível a relação de confiança estabelecida pelo cliente com a restante equipa. Numa fase inicial da minha prestação de cuidados a este cliente, era também notória a sua falta de confiança em mim, uma vez que eu era apenas uma cara nova no serviço.

Tendo esta perceção, pude refletir acerca da discrepância entre as relações previamente estabelecidas, e aquela que para o cliente era vista como uma nova relação. Apercebendo-me desta realidade, tive a oportunidade de me dar a conhecer e estabelecer esta relação de confiança com o cliente em questão, ao longo de parte deste contexto. Sendo posteriormente notório, com o passar do tempo, o aumento gradual da confiança do cliente e a construção de uma relação terapêutica.

Esta relação com a pessoa em situação crítica não se baseia apenas num evento único, e requer a capacidade do enfermeiro para se envolver de forma autêntica. Este envolvimento, leva à promoção de um clima de segurança que é também perceptível pelo cliente. Ao longo deste período, é possível construir e reforçar de forma contínua a confiança do cliente no enfermeiro (Kitson, 2018).

Caso esta relação de confiança não seja desenvolvida, o impacto é sentido pelo cliente, não só pela perceção que o mesmo tem em relação a um enfermeiro em particular, comprometendo também a sua confiança em toda a equipa (Kitson, 2018).

Com esta experiência pude desenvolver competências ao nível da gestão do “estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

A família é também uma forte preocupação da equipa de enfermagem neste contexto clínico. Existia inclusivamente um grupo de enfermeiros que se debruçavam no desenvolvimento de intervenções à família, tendo por base um questionário de satisfação facultado à mesma ainda durante o internamento. Este questionário tinha como objetivo compreender a perceção da família em relação aos cuidados prestados e ao apoio dado pela equipa, incluindo em relação ao horário das visitas e ao facto de o serviço ter uma sala de acolhimento destinada à mesma.

De ressaltar, uma situação em que houve necessidade de uma gestão acrescida com a família, em relação ao número de visitas, de um cliente com prognóstico neurológico reservado. Tendo sido esta uma situação de doença inesperada, após um traumatismo cranioencefálico, a família sentia necessidade de que não só a família direta, mas também vários amigos do cliente, fossem visitá-lo diariamente. Posto isto, era comum que estivessem junto do cliente duas a três pessoas de cada vez, e que apenas num dia, o cliente recebesse cerca de cinco a seis visitas diferentes.

Tendo em conta a necessidade de proteção da privacidade do cliente, bem como da segurança da pessoa em situação crítica em relação ao risco de infeção, e devida utilização de equipamento de proteção individual durante o momento das visitas, houve necessidade de intervir. Os familiares diretos foram encaminhados à sala de acolhimento, onde pude observar a interação da enfermeira com a família de forma a compreender quais as necessidades sentidas pela família naquele momento, com o objetivo de gerir a situação previamente citada.

Com esta experiência foi-me possível ter a perceção da vulnerabilidade em que a família se encontrava naquele momento. Ao longo da conversa entre a enfermeira e a família, era perceptível a ansiedade que esta sentia, por considerarem que o cliente se encontrava em fim de vida, o que não correspondia à realidade. Sendo este o motivo que levava à vontade da família de que o cliente tivesse o máximo de visitas possíveis.

Posteriormente, foi possível discutir e refletir com a enfermeira orientadora sobre a importância de englobar a familiar na tríade de cuidados e estabelecer uma relação de confiança com a família de modo a gerir as suas necessidades, e concomitantemente as necessidades do cliente.

Tendo em conta o impacto que uma situação de doença crítica tem na família, a mesma deve fazer parte da tríade de cuidados. A partilha entre a família e o enfermeiro aumenta a perceção do enfermeiro em relação à experiência da família, o que promove a relação de confiança com a família (Eggenberger & Sanders, 2016).

O enfermeiro deve intervir e dar apoio à família, dada a vulnerabilidade física e emocional experienciada pela mesma aquando do internamento do cliente em UCI, (Wong et al., 2019).

O enfermeiro é visto pela família como a fonte predominante de informação em UCI, não só pela presença contínua à cabeceira, mas também pela capacidade de

informar e dar resposta às questões da família em relação ao progresso do cliente (Wong et al., 2019).

Este processo tem uma importância extrema para a família, pois é através da interação com a equipa que a família tem oportunidade de transmitir os seus medos e preocupações, bem como dotarem-se dos conhecimentos fornecidos pelo enfermeiro (Mendes, 2018).

Através desta experiência pude desenvolver competências de gestão da comunicação interpessoal que fundamentam a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a família e assistia a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018), tendo por base o “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção permite a redução da incidência de infeção, sendo esta uma responsabilidade dos enfermeiros.

No meu contexto profissional, os cuidados de desinfeção durante a utilização de cateteres venosos centrais, é realizada com solução de clorexidina de base alcoólica. Contudo, neste contexto em UCI, esta intervenção é realizada com álcool a 70%.

Emergindo a dúvida em relação aos meus conhecimentos teóricos acerca desta intervenção, realizei uma breve pesquisa com o intuito de compreender se ambas as soluções poderiam ser utilizadas.

A Direção Geral da Saúde (2022) recomenda que aquando da realização de intervenções de manipulação do cateter venoso central, a descontaminação dos pontos de acesso seja realizada com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%. Esta descontaminação, deve ser realizada com o auxílio de material de uso único e estéril, para realização de fricção durante 15 segundos. A mesma norma refere também a importância de deixar os pontos de acesso secar antes do manuseamento ou conexão com qualquer dispositivo estéril. Estas orientações encontram-se de acordo com as *guidelines* para a prevenção de infeção relacionada com os cateteres intravasculares, do *Centers for Disease Control and Prevention* (O’Grady et al., 2021)

Através desta experiência, em conjunto com a pesquisa realizada, pude ter a perceção de que, por vezes, não existe apenas uma forma correta de realizar uma

determinada intervenção. O importante a ter em conta é a realização de intervenções de enfermagem, através de uma prática baseada na evidência.

A infeção associada ao cateter venoso central faz parte das infeções associadas aos cuidados de saúde. Este é um problema que não pode ser ignorado, tendo em conta as implicações que as mesmas podem ter no agravamento do prognóstico da doença de base, com necessidade de prolongar o tempo de internamento e possível aumento do risco de mortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Esta experiência e concomitante reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, permitiu-me não só desenvolver conhecimento nesta área, mas também alertar-me para as minhas práticas e para a importância das mesmas.

A lavagem das mãos é uma das medidas mais eficazes para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019). Esta deve ser uma preocupação da disciplina de enfermagem, tendo o enfermeiro especialista um papel acrescido na dinamização da temática dentro da equipa.

Estas temáticas fazem também parte do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Este plano define metas como a adesão ao primeiro momento da higiene das mãos de 90% em pelo menos 95% das unidades de saúde, e a redução em pelo menos 30% na incidência da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, até 2026 (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O enfermeiro orientador tinha funções dinamizadoras em relação ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos no serviço. Posto isto, tive a possibilidade de aumentar os meus conhecimentos acerca da importância da técnica de realização de colheita de espécimes para cultura, principalmente da colheita de secreções. A reflexão de que a presença de lacunas nesta intervenção pode levar a um atraso na deteção do agente isolado e, por consequente, a um atraso no ajuste da prescrição de um antibiótico dirigido, foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento como enfermeira especialista.

As três experiências previamente citadas permitiram-me o desenvolvimento de competências de forma a maximizar “a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Durante este contexto pude acompanhar a mudança do serviço em relação ao espaço físico. Dada a urgência desta mudança, a mesma tinha de ser realizada apenas no decorrer daquele dia.

Após a passagem de turno, assim que saí da sala, deparo-me com um grande movimento de pessoas para além da equipa multidisciplinar. Desde engenheiros informáticos, técnicos de manutenção, entre outros.

Numa primeira fase havia um conjunto de elementos a realizar o transporte de material e mobiliário de um espaço para o outro. Após a arrumação do material, iniciou-se a transferência dos clientes, começando por aqueles que se considerou terem menos risco de presença de focos de instabilidade durante o transporte.

Tendo em conta a carga de trabalho acrescida neste dia, houve a necessidade de que toda a equipa participasse nesta intervenção, em contrarrelógio mas de forma organizada. No sentido de organizar todas as tarefas que se encontravam a ser realizadas concomitantemente pelos diferentes elementos da equipa, o enfermeiro que exercia funções de gestão, encontrava-se no corredor a gerir a organização e priorização de cada uma das tarefas.

Para além disso, a equipa de enfermagem demonstrava-se ansiosa, por iniciar a sua prestação de cuidados num espaço em que a mesma ainda não se encontrava familiarizada.

Esta experiência promoveu a minha perceção em relação ao papel do enfermeiro especialista nestes momentos, tanto pela organização da equipa e do espaço/material, como pela observação do enfermeiro gestor durante o apoio prestado à equipa.

A perspetiva de minimizar e prevenir a ocorrência de eventos adversos durante a transferência dos clientes entre os serviços tornou esta experiência ainda mais enriquecedora.

Diversos autores consideram que, o modo como o enfermeiro líder gere o serviço em termos ambientais, humanos e técnicos, vai ter uma repercussão na própria equipa, influenciando os cuidados de saúde prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Quando o enfermeiro assume um papel de liderança, com capacidade de o fazer de forma humana, a própria equipa reconhece esta capacidade como sendo uma das mais importantes (Duffield et al., 2015).

A inteligência emocional nos processos de liderança é vista como tendo uma eficácia acrescida na resolução de conflitos e na gestão do stress no trabalho, o que potencia a confiança entre a equipa de enfermagem e os líderes. O enfermeiro tem tendência a assumir um papel de liderança na prestação de cuidados e na promoção da segurança do cliente, devendo manter esse tipo de liderança quando assume cargos superiores, e o nível de cuidado para com a restante equipa (Cope & Murray, 2017).

Posto isto, considero que me foi possível desenvolver competências do “Domínio da gestão de cuidados”, de modo a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Foi também durante este contexto que pude participar no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica do CHLO [anexo I], o que me permitiu compreender melhor o papel de alguns dos enfermeiros especialistas no seu contexto, atualizar-me em relação aos projetos desenvolvidos pelos mesmos, e de me alertar para novas necessidades que possam sempre surgir no meu contexto.

Particpei ainda nas VII Jornadas de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Central [anexo II], o que se tornou também útil para adquirir e atualizar alguns conhecimentos teóricos, ficar desperta para o desenvolvimento de evidência atualizada, bem como a partilha de experiência e discussão acerca das temáticas apresentadas ao longo destas jornadas.

Hill (2013) considera que somente através de uma conexão entre tecnologia e o cuidado é que ocorre a verdadeira humanidade na construção do relacionamento enfermeiro-cliente. Durante a prestação de cuidados aos diversos clientes em situação crítica, considero que foi possível alcançar este tipo de prestação de cuidados, de modo a atender às suas necessidades, e ao mesmo tempo, utilizar a tecnologia como apoio no cuidado e, principalmente, na vigilância do cliente.

Considero que ao longo deste contexto pude tirar proveito de diversas experiências, que tiveram uma importância maior no meu desenvolvimento de competências. Estas experiências mudaram o meu sentido de pensar mais em enfermagem, refletir sobre práticas do meu dia-a-dia e da minha perceção sobre mim mesma em termos profissionais e pessoais. Este percurso permitiu-me também o

desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseando sempre a minha praxis clínica especializada em evidência científica, o que vai também ao encontro com o “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

### **3.2 Serviço de Urgência Geral**

O segundo contexto de estágio decorreu num SU polivalente.

Este SU é composto por 2 postos de triagem, sala de reanimação com 4 unidades, balcão geral, que se subdivide em sala de inalatórios com 12 cadeirões, balcão macas com 15 macas e balcão trauma com 3 macas, sala de observação com 12 unidades e 2 salas de extensão com capacidade para 8 macas. A utilização destas duas salas variam consoante a necessidade do serviço. No início do meu estágio eram maioritariamente utilizadas para clientes do foro psiquiátrico, sendo que ao longo deste contexto uma das salas foi reestruturada de forma a dar resposta a clientes com necessidade de monitorização hemodinâmica.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de 15 enfermeiros por turno, distribuídos pelos diversos postos, tendo em conta as suas competências individuais.

A este SU recorrem, em média, cerca de 250 clientes por dia. Face a este número, e dada a capacidade do serviço, a escassez de vagas, leva a uma dificuldade acrescida no processo de gestão.

Tendo por base o objetivo geral de desenvolver competências de enfermagem para uma intervenção de mestre e especializada, com especial ênfase na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com focos de instabilidade, foram desenvolvidos objetivos específicos e atividades a realizar ao longo do contexto [apêndice II].

Ao longo do estágio, pude integrar os diferentes postos de modo a compreender melhor a dinâmica do serviço, e ter a possibilidade de desenvolver um maior leque de competências com base nas necessidades e valências de cada posto.

Durante alguns turnos, tive ainda a oportunidade de acompanhar o enfermeiro especialista no papel de chefe de equipa, cujas funções vão desde a gestão de recursos humanos até à gestão de recursos materiais e técnicos.

Num turno em concreto, houve a necessidade de realização de quatro transportes inter-hospitalares e, para isso, foi essencial fazer a gestão dos recursos humanos disponíveis naquele turno. Em conjunto com o enfermeiro orientador, dirigimo-nos a cada um dos postos com o intuito de avaliar as suas necessidades, tendo em conta o número de clientes alocados aos mesmos. Após esta avaliação, pudemos constatar que na sala de reanimação não se encontrava nenhum cliente, e na triagem o número de clientes em espera era reduzido. Posteriormente, foram discutidas as necessidades dos postos em conjunto com alguns elementos da equipa. Assim, foi possível tomar a decisão de que o enfermeiro da sala de reanimação poderia fazer o transporte, sem que isso colocasse em causa a segurança dos clientes. Para isto, os enfermeiros da triagem ficaram encarregues de dar apoio à sala de reanimação se necessário, em conjunto com o enfermeiro chefe de equipa.

Em relação aos recursos materiais, o enfermeiro chefe de equipa, ficava encarregue de gerir tanto o material necessário à prestação de cuidados, desde lençóis ou aparelhos de ventilação não invasiva, como a medicação em falta nos níveis do serviço.

A acrescentar a esta dinâmica, o contacto constante com a equipa médica pela necessidade de vagas em postos com valências acrescidas, como a sala de reanimação ou a sala de observação.

Para além das funções acima descritas, o enfermeiro especialista no papel de chefe de equipa, tinha ainda a responsabilidade de dar apoio à sala de observação em caso de situações de emergência. Uma vez que, habitualmente, este é o posto no qual se encontram os enfermeiros com menos experiência. Esta situação verificou-se, enquanto estávamos a realizar tarefas de gestão, em que fomos chamados à sala de observação por um cliente se encontrar em PCR.

Torna-se, por isso, importante que o enfermeiro especialista tenha a capacidade de definir prioridades para dar resposta às situações que vão surgindo, de forma organizada e, sempre com uma prática avançada em enfermagem.

Ter contacto com este tipo de experiências fez-me perceber que é irrefutável que, o enfermeiro que assume este papel, seja dotado de competências e perícia de modo a ter capacidade de gerir todo este contexto, sem nunca descuidar os cuidados prestados e a segurança de todos os clientes em causa.

Neste tipo de contexto, o elemento ao qual se dá a denominação de “chefe de equipa”, deixa de ser apenas o líder de uma equipa, e passa a ser o enfermeiro gestor de vagas, o enfermeiro do aprovisionamento, o enfermeiro que dá suporte a cada posto sempre que necessário, e o enfermeiro administrativo que auxilia na gestão dos transportes e transferências.

A ocorrência destas experiências permitiu-me uma ampliação da minha visão macro do próprio serviço, e com isto, o desenvolvimento de competências em relação à colaboração na tomada de decisão e ao reconhecimento da necessidade de dar apoio à restante equipa.

Para que um enfermeiro desenvolva competências para gestão de um serviço, principalmente o SU, é também necessário que o mesmo tenha presente um bom julgamento clínico, podendo transpor o mesmo conceito não só para o cuidado de um cliente de forma individual, mas para a própria gestão e otimização de recursos.

Tanner (2006) considera a existência de quatro etapas no processo do julgamento clínico: a perceção da situação, que decorre através da observação; a tentativa de compreender a situação, ou interpretação da ação; e a decisão tomada face à interpretação da ação de forma a dar uma resposta à situação. Posteriormente, é necessário que o enfermeiro reflita sobre as três etapas precedentes, de forma concomitante com a resposta à ação realizada.

Posto isto, o enfermeiro deve manter um bom julgamento clínico, dado o impacto que a tomada de decisão na gestão do SU tem nos clientes de forma individual, bem como na equipa e na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este é um processo em cadeia, pois o modo como o enfermeiro líder gere o serviço em termos ambientais, humanos e técnicos, vai ter repercussão na própria equipa, influenciando os cuidados de saúde prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Independentemente da área de especialização em enfermagem, existem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, que deverão demonstrar a capacidade de gestão e supervisão de cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

São também diversos os autores que fazem referência à necessidade de conjugação entre a liderança e a qualidade. Fradique e Mendes (2013) concluem que a liderança em enfermagem, não só influencia de forma direta a qualidade dos cuidados,

como o faz de forma significativa. Promovendo também a otimização de recursos (Balsanelli & Cunha, 2014).

Alves et al. (2010) referem que a capacidade de liderança por parte dos enfermeiros promove uma prática mais crítica, reflexiva e participativa. Sendo que, a gestão partilhada traz também benefícios ao nível do desenvolvimento e confiança da equipa (Balsanelli e Cunha, 2014). Tendo sido também esta uma prática comum observada neste contexto.

Esta experiência tornou-se fundamental para o desenvolvimento das minhas competências no “domínio da gestão dos cuidados”, de modo a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e articulação na equipa de saúde, adaptar a liderança e gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Existem grandes diferenças entre um serviço de internamento ou UCI, e um SU. Esta diferença foi principalmente sentida no balcão geral, sendo que este foi o posto onde senti mais dificuldade em organizar a minha prestação de cuidados. Num internamento a rotação de clientes é muito menor, sendo que no serviço no qual exerço funções, os clientes se encontram alocados a uma cama ou a um quarto. Isto faz com que, apesar da identificação inequívoca nunca deixar de ser uma responsabilidade, é irrefutável considerar que a margem de erro se torna menor.

No balcão geral a azáfama é constante, os clientes entram e saem, muitas vezes pelo próprio pé.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem a clientes neste posto, deparei-me com a necessidade de consultar o processo clínico do cliente, e confirmar de forma recorrente a identificação dos mesmos. Isto levou-me a prestar cuidados de forma segura, diminuindo o risco de equívocos na identificação dos clientes.

Assim como a restante equipa, tive também a preocupação de confirmar se a prescrição terapêutica se encontra congruente com o motivo ou o diagnóstico que levou o cliente a recorrer ao SU. Durante a prestação de cuidados no balcão geral não identifiquei nenhum erro terapêutico. Contudo, após o relato de alguns eventos adversos desta natureza por parte da equipa, tive a oportunidade de discutir com a enfermeira orientadora a importância da verificação da prescrição terapêutica para a segurança dos clientes.

Associado ao balcão geral, existe também a sala de inalatórios, local onde os clientes com necessidade de oxigenoterapia ou soroterapia se encontram. Sempre que entrava nesta sala, tinha a percepção que os clientes que nela se encontravam já não eram os mesmos, o que foi para mim uma dificuldade.

Tornou-se exemplo disso, a prestação de cuidados a um cliente com dependência moderada nos autocuidados, com necessidade de oxigenoterapia. Providenciei um cadeirão ao cliente para que o mesmo pudesse ficar nesta sala. Posteriormente, quando voltei a entrar na sala, deparei-me com a ausência do mesmo. Caso, durante este período, outro cliente se tivesse sentado no mesmo cadeirão, poderia haver um erro de identificação dos clientes. Sendo, por isso, esta uma responsabilidade constante e concomitantemente uma preocupação para mim.

A prestação de cuidados no balcão geral e na sala de inalatórios levou-me à seguinte reflexão: tendo em conta as particularidades deste serviço, a identificação inequívoca do cliente, apesar de ser uma responsabilidade do enfermeiro em todos os contextos, torna-se sem dúvida alguma uma preocupação acrescida no balcão geral.

Assegurar a identificação inequívoca dos clientes é uma intervenção que promove a segurança da prestação de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O enfermeiro tem um importante papel na prevenção de eventos adversos, tendo em conta o contacto frequente com o cliente e a percepção e antecipação das suas necessidades (Bampi et al., 2017).

Bampi et al. (2017) consideram que dada a complexidade da gestão da segurança dos clientes por parte dos enfermeiros num SU, o enfermeiro desempenha um papel de extrema importância na promoção da qualidade dos cuidados prestados e na prevenção da ocorrência de eventos adversos.

Estudos demonstram que a percepção dos enfermeiros de um SU, é que este é um contexto no qual os profissionais identificam uma combinação de fatores, que podem pôr em risco a segurança dos clientes. Entre os quais se encontram a intensa carga de trabalho, as falhas nos sistemas eletrónicos ou a interrupção constante, tendo em conta a necessidade de priorizar os cuidados prestados a diversos clientes. Esta combinação de fatores pode resultar até num erro terapêutico (Källberg et al., 2017).

Esta experiência tornou-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências do “domínio da melhoria contínua da qualidade”, como o desenvolvimento de práticas de

qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e do “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” através do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No balcão geral, e tal como já foi referido anteriormente, tive oportunidade de prestar cuidados a clientes com grau de dependência moderado nos autocuidados.

Numa situação em particular, o cliente não tinha qualquer acompanhante consigo e havia a necessidade de pernoitar no SU. Posto isto, tendo em conta a existência de vagas na sala de inalatórios, pude disponibilizar um cadeirão e um cobertor, para que o cliente pudesse pernoitar no SU de forma mais confortável.

Foi, por isso, necessária a intervenção de enfermagem, tendo considerado as necessidades de conforto e segurança do cliente, para que não ficasse na sala de espera durante a noite. Com esta experiência foi visível o processo de tomada de decisão do enfermeiro perito, o que demonstra uma prática avançada e aquilo que é o cuidar em enfermagem.

O conforto, em termos físicos, psicológicos e emocionais, é um dos cuidados fundamentais que o enfermeiro deve antecipar e dar resposta atempadamente. Este processo leva à promoção do bem-estar e segurança do cliente (Kitson, 2018). A intervenção do enfermeiro face às necessidades do cliente melhora a qualidade dos cuidados prestados (Lichen et al., 2021).

A promoção do conforto leva concomitantemente ao alívio de sintomas físicos como, a dor e a promoção do sono, o que tem impacto na recuperação do cliente (Rodríguez et al., 2022).

O desenvolvimento de competências ao nível do “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), bem como a capacidade de garantir um ambiente terapêutico e seguro, foi visível ao longo da experiência supracitada.

Outra experiência vivenciada no balcão geral, ocorreu com a prestação de cuidados a um cliente com diagnóstico de infeção respiratória, ao qual era necessário proceder a colheita de sangue para realização de análises clínicas. O cliente, encontrava-se a ser transportado pela filha, em cadeira de rodas, já com oxigenoterapia. Aquando da chegada ao balcão, observei que o mesmo se encontra com sinais francos de dificuldade

respiratória. Avaliei os sinais vitais, e contactei o médico responsável pelo cliente, dada a necessidade de reavaliação médica.

Tendo em conta a avaliação de enfermagem, era também impreterível alocar o cliente a um posto com as valências adequadas, de modo a fazer face às necessidades avaliadas. Após discussão com a enfermeira orientadora, o cliente foi transferido para a sala de observação.

A observação e monitorização é uma parte essencial da vigilância, principalmente no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo necessária, durante a prestação de cuidados. Através da vigilância, o enfermeiro tem a capacidade de antecipar problemas e intervir de modo a preveni-los ou diminuir as suas consequências (Halverson & Scott Tilley, 2022).

Aquando da inaptidão ou necessidade de ajuda na resposta às alterações observadas, o enfermeiro deve mobilizar outros membros da equipa multidisciplinar, de forma a manter a promoção da segurança dos cuidados prestados (Meyer & Lavin, 2005).

Esta experiência remeteu-me para a importância da tomada de decisão na prestação de cuidados. Tanner (2006) refere que o enfermeiro deve basear a sua tomada de decisão no processo de raciocínio clínico, através da mobilização dos seus conhecimentos teóricos, com base em evidência científica, e no reconhecimento de padrões de forma intuitiva. Este processo tem como objetivo adequar as suas intervenções para cada situação.

Desta forma, desenvolvi competências na prestação de “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018), garantindo assim um seguro e o desenvolvimento de práticas de qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Manter a privacidade durante a prestação de cuidados de higiene e conforto no SU foi, para mim, uma preocupação acrescida. Perceber como o poderia fazer, principalmente em clientes que se encontravam em maca no corredor, teve uma importância extrema no meu desenvolvimento de competências ao nível da responsabilidade ética e legal.

No meu dia-a-dia, esta situação não deixa de ser uma preocupação, contudo, em serviços de internamento, a facilidade de promover a privacidade do cliente é superior à do SU. Sentindo, por isso, que neste contexto tinha de colmatar as lacunas existentes.

Assim, tive o cuidado de transportar o cliente para a sala de tratamento, e utilizar como meio de auxílio biombos portáteis, de modo a fazer face à falta de privacidade inerente ao balcão geral.

A temática da privacidade é mais uma, de tantas outras já referidas neste relatório, em que deve ser tida em conta a promoção da segurança do cliente, e a prestação de cuidados com base nos direitos humanos e princípios éticos.

Tendo em conta as características físicas do SU, estudos demonstram que a perceção dos clientes em relação à privacidade neste contexto se encontra diminuída. Tal perceção ocorre devido à disposição do próprio serviço, ao facto das unidades serem apenas divididas por cortinas. Este aspeto, tem influência na perceção dos clientes em relação à informação que aqueles que os rodeiam no SU poderão ouvir (Karro et al., 2005).

As limitações inerentes ao espaço físico são também potenciadas pelo facto de este ser um contexto onde os clientes recorrem num momento de vulnerabilidade, e ser o primeiro serviço com que o cliente contacta, na maioria das vezes, quando recorre ao hospital (Nayeri & Aghajani, 2010).

O enfermeiro tem por isso o papel fundamental de tentar colmatar ao máximo as limitações físicas que possam reduzir a privacidade do cliente.

Esta experiência tornou-se enriquecedora para o desenvolvimento de competências do “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” e da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Considero também como uma experiência positiva, os turnos dedicados à sala de reanimação, nos quais tive a oportunidade de pôr em prática a avaliação inicial do cliente com base no algoritmo do ABCDE, e utilizá-lo também como adjuvante na realização dos registos de enfermagem.

De ressaltar uma situação na qual pude proceder à avaliação inicial de um cliente politraumatizado. O cliente em questão, tinha sofrido uma queda entre o vão das escadas de cerca de quatro andares.

Após receber a informação do Centro de Orientação de Clientes Urgentes (CODU), foi contactada a equipa de cirurgia e ortopedia, e foram asseguradas todas as questões de logística para receber o cliente.

Através dos conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos, procedi à avaliação inicial do cliente. Contudo, considero que esta foi a experiência, ao longo deste contexto, com a qual me senti menos confiante. Principalmente, por considerar que a vigilância é um processo que não pode ser descurado na prestação de cuidados. Neste caso específico, senti que existiam lacunas da minha parte no processo de avaliação, principalmente em relação ao tempo demorado para a mesma. Este sentimento surgiu possivelmente tendo em conta a falta de experiência na prestação de cuidados ao cliente politraumatizado.

Posteriormente, houve ainda necessidade de realizar o transporte da pessoa em situação crítica para o serviço de imagiologia, para realização de tomografia computadorizada (TAC).

Estudos demonstram que, a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma por parte de enfermeiros peritos potencia os resultados para o cliente. Para ser dotado destas competências o enfermeiro precisa de um vasto leque de experiências na área. O enfermeiro perito em trauma tem a capacidade de reconhecer e antecipar precocemente alterações fisiológicas, tornando a sua prestação de cuidados mais eficiente (Polovitch et al., 2019).

Apesar das dificuldades sentidas, considero que esta experiência em particular, para além de me possibilitar a oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, permitiu-me também o desenvolvimento de competências como a prestação de “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018), bem como de autoconhecimento (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Pude ter contacto com o protocolo da via verde acidente vascular cerebral (AVC) durante os turnos na sala de reanimação. Num turno em particular, tive a oportunidade de realizar a avaliação inicial de um cliente com suspeita de AVC. De seguida, o cliente foi transportado para o serviço de imagiologia para realização de TAC.

Para o transporte intra-hospitalar, houve o cuidado de levar a mala com material necessário para realização do protocolo de trombólise, para que, se necessário, fosse

possível iniciar o protocolo ainda no serviço de imagiologia. Após realização de TAC, a equipa médica considerou que o cliente tinha indicação para realização de tromnectomia, pelo que, transferimos novamente o cliente para a sala de reanimação. Durante o período em que aguardamos pelo transporte inter-hospitalar para realização do procedimento, preparei todo o material e equipamentos tecnológicos necessários para o transporte. Esta experiência proporcionou-me também a oportunidade de conhecer e verificar a mala de transporte da pessoa em situação crítica, e discutir com o enfermeiro orientador, a importância da vigilância durante o transporte intra e inter-hospitalar na pessoa em situação crítica.

As complicações mais comuns no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica dizem respeito a falhas em equipamentos tecnológicos (Denton et al., 2021).

Denton (2018) refere também que o segundo evento adverso neste tipo de transporte diz respeito à deterioração clínica do cliente, sendo o sinal mais comum de deterioração a hipotensão.

Também em relação ao transporte intra-hospitalar, Gimenez et al. (2017) apresenta os mesmos eventos adversos como sendo os mais comuns, contudo, encontrando-se presentes numa proporção contrária.

A reflexão sobre esta temática remete-nos de novo para a importância da tecnologia para a promoção dos cuidados prestados. De forma a potenciar a sua utilização, o enfermeiro deve desenvolver competências de adaptação aos meios e equipamentos tecnológicos (Locsin, 2001).

Neste tipo de situações, ter a capacidade de antecipar os problemas torna-se também vital (Benner, 2001). Esta antecipação vai ao encontro à importância da vigilância de focos de instabilidade, de forma que seja possível detetar sinais de alerta precoces.

O enfermeiro deve tirar o melhor partido possível dos meios tecnológicos, durante a prestação de cuidados, de modo a otimizar o processo de vigilância, promovendo assim a segurança dos cuidados prestados, e neste caso em concreto, a segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte.

Esta experiência permitiu-me o desenvolvimento de competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Durante o estágio, uma das situações que mais me marcou foi a prestação de cuidados ao cliente em fim de vida no SU.

Na sala de reanimação, durante a reposição de material, eu e o enfermeiro orientador fomos alertados, por um enfermeiro do balcão geral, que se encontrava um cliente em fim de vida em maca. Posto isto, concluímos que seria benéfico para o cliente e família, a transferência para a sala de reanimação, onde não se encontravam clientes naquele momento.

A família estava presente no SU, pelo que foi informada que a cliente seria transferida para outra sala, de modo que fosse proporcionado um ambiente mais calmo e reservado, e concomitantemente promovida a vigilância do conforto do cliente e família.

Durante o restante turno, pude acompanhar os familiares e perceber a relação significativa que tinham com a cliente, o que me possibilitou ter como foco a tríade de cuidados.

Devido às limitações em termos de espaço, o SU não tem disponível nenhum local específico no qual seja possível manter a privacidade do cliente e família nestas situações.

No SU, as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros, no cuidado ao cliente em fim de vida, deparam-se com as condições físicas do serviço, a falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho (Veiga et al., 2009).

Envolver a família neste processo é um objetivo terapêutico na prestação de cuidados ao cliente em fim de vida, o que se torna muito representativo para o cliente. Este envolvimento não se trata apenas de garantir a presença da família no mesmo espaço físico, trata-se de incluir a família na tríade de cuidados, e envolvê-la em todo o processo, através da comunicação e valorização de crenças e valores não só do cliente, mas também da família (Sapeta & Lopes, 2007).

Com esta experiência, tive a oportunidade de desenvolver competências de assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença, gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família em situação de falência orgânica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018)

Durante dois turnos tive oportunidade de ficar com o enfermeiro orientador no posto de triagem. O que me deu a possibilidade de compreender a importância da perícia do enfermeiro neste posto.

Apesar da existência de ferramentas para triagem de clientes, como o sistema de triagem de Manchester, o enfermeiro deve estar capacitado para avaliar os clientes com base apenas na história de doença, observação sucinta e primeira avaliação dos sinais vitais.

Numa situação em particular, um cliente com queixas de febre e tosse recorreu ao SU. Após avaliação da oximetria de pulso, com valores de 93%, o enfermeiro teve a preocupação de questionar o cliente acerca dos seus antecedentes pessoais. Visto que, o cliente não apresentava sinais de dificuldade respiratória, percebendo-se posteriormente que tinha doença pulmonar obstrutiva crónica.

Esta experiência possibilitou a discussão e concomitante reflexão, em conjunto com o enfermeiro orientador, sobre as possíveis alterações que a pessoa com doença crónica complexa pode apresentar. Não significando isso, que o mesmo se encontre numa situação crítica.

Esta reflexão, vai ao encontro com a evidência científica encontrada durante a revisão integrativa da literatura. Grant (2018) considera que a identificação de parâmetros dentro dos intervalos preconizados, pode não ser aplicado à pessoa com doença crónica complexa. Posto isto, o enfermeiro deve ter a capacidade de identificar quais as observações consideradas normais no cliente com uma patologia em específico (Grant, 2018).

Considero que o posto de triagem é o posto para o qual se torna imprescindível a presença de um enfermeiro perito, até pela necessidade de trabalhar de forma tão autónoma. Esta presença é imprescindível pela importância de alocar o cliente a um posto com as devidas valências, para dar resposta às suas necessidades, tendo em conta as consequências que podem surgir para o cliente caso o mesmo não ocorra.

Tal como Meyer & Lavin (2005) consideram, o processo de vigilância engloba avaliações frequentes, bem como a capacidade de analisar e intervir de forma rápida. Também Benner (2001) tem em conta a importância de antecipar os problemas e pensar no futuro, de forma a fornecer sinais de alarme o mais precocemente possível.

Ao estudar o impacto do nível de competências do enfermeiro no processo de triagem, é possível identificar a necessidade de competências acrescidas no cuidado à pessoa em situação crítica, para que, em conjunto com o processo de triagem, haja uma promoção da segurança do cliente durante este processo (Martínez-Segura et al., 2017).

Cameron et al. (2017) consideram que os enfermeiros na triagem são mais precisos na sua avaliação, quanto mais confiantes se sentem em relação à percepção daquele que será o *outcome* mais provável para o cliente. Contudo, caso esse *outcome* tenha apenas uma probabilidade moderada de ocorrência, o sistema de triagem apresenta resultados mais precisos na avaliação. Posto isto, os autores consideram que a melhor forma de otimizar o processo de triagem é a junção entre as competências e o julgamento clínico do enfermeiro, em conjunto com o processo objetivo de triagem.

A prestação de cuidados de enfermagem deve ter por base o julgamento clínico, uma vez que o mesmo permite ao enfermeiro reconhecer situações para além daquele que é diagnóstico do cliente, de forma a interpretá-las e atuar apropriadamente (Tanner, 2006).

É possível refletir sobre a importância do julgamento clínico na utilização de todas as ferramentas de avaliação do cliente, seja no processo de triagem, como nos sistemas de deteção precoce, tal como já foi referido ao longo deste relatório.

A realização de turnos na triagem, foi uma experiência enriquecedora para o desenvolvimento de competências para o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018), tendo por base o domínio de competências da responsabilidade ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, baseando a praxis clínica em evidência científica (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Apesar da inexistência de uma situação de catástrofe ou uma emergência multi-vítimas ao longo deste percurso, tive a preocupação de consultar o plano de emergência do próprio serviço, bem como o plano de emergência externo, para situações de catástrofe na região. Foi possível compreender, dado este ser um serviço de urgência geral, quais as ações e intervenções que devem ser realizadas neste contexto, e também as alterações em termos de dinâmica, disposição de espaço físico e dos diferentes postos aquando da sua ocorrência.

Contudo, tive a oportunidade de experienciar uma situação particularmente atípica. Durante um dia de temporal, ocorreu uma inundação em dois pisos do hospital, que incluiu o piso do bloco operatório e afetou os elevadores centrais do SU. Apesar de me ter sido impossível permanecer no serviço durante mais tempo nesse dia, tive a oportunidade de presenciar a fase inicial em que foi dado o alerta. Posteriormente, o enfermeiro chefe de equipa contactou o CODU, no sentido de informar acerca da necessidade de encerramento do SU. No turno seguinte, pude perceber, com a equipa, as restantes medidas tomadas e as estratégias implementadas nos dias subseqüentes, pelo facto dos elevadores principais se encontrarem ainda em manutenção.

O International Council of Nurses (2019) define três níveis para o desenvolvimento de competências até que o enfermeiro possa ser considerado perito em cenários de catástrofe. Em conjunto com estes três níveis de desenvolvimento de competências, encontram-se também agregados dez domínios, tendo em conta quatro fases distintas de atuação numa situação de catástrofe, a prevenção e mitigação, preparação, resposta e recuperação.

Tendo em conta a baixa ocorrência de eventos de catástrofe, e o seu impacto acentuado na saúde pública aquando da sua ocorrência, todos os enfermeiros devem estar alertados para a necessidade de atualizar os seus conhecimentos. E se possível, participar em cenários de simulação, de forma a desenvolver competências equiparadas ao segundo nível, sendo este considerado o nível do enfermeiro proficiente em contexto de catástrofe (International Council of Nurses, 2019).

Considero que as duas experiências supracitadas contribuíram para a reflexão sobre o planeamento e priorização da resposta às diversas necessidades descritas, o que foi benéfico para o desenvolvimento de competências de dinamização de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Tendo em conta o período deste estágio, considero que pude tirar proveito de variadas experiências. Foi-me dada a possibilidade de exercer funções nos diversos postos, o que me permitiu uma visão major deste contexto e me possibilitou a prestação de cuidados a clientes com diversas necessidades.

Contudo, dado o projeto anteriormente desenvolvido, gostaria de ter tido oportunidade de utilizar um sistema de deteção precoce como ferramenta de auxílio de

tomada de decisão no SU. Principalmente, tendo em conta que a necessidade de alocar os clientes a postos com valências distintas, consoante o risco de focos de instabilidade.

O contacto com clientes com as mais variadas patologias e necessidades permitiu-me o desenvolvimento de competências e conhecimentos, principalmente em relação à importância da vigilância de focos de instabilidade tão distintos entre eles.

Em cada experiência que o enfermeiro tem, o mesmo deve ter a capacidade, de forma constante, de identificar sinais clinicamente significativos e avaliar o risco inerente a esses sinais, de modo a agir de forma eficiente para minimizar esse mesmo risco. Para o enfermeiro desenvolver diagnósticos de enfermagem, tem de ter como foco inicial o processo de vigilância (Meyer & Lavin, 2005).

Considero que, ao ter em conta o processo de vigilância durante a prestação de cuidados, foi-me possível definir diagnósticos de enfermagem mesmo em clientes com patologias que não fazem parte da minha prática diária, tendo sido isso uma mais-valia para este percurso e para o meu desenvolvimento de competências como enfermeira especialista.

### **3.3 Serviço de Cardiologia**

O serviço de cardiologia, no qual desenvolvo a minha atividade profissional, engloba 24 camas de internamento em enfermaria, e 8 camas de unidade de cuidados intensivos coronários.

Para este contexto, e tendo por base o objetivo geral de desenvolver competências de enfermagem para uma intervenção de mestre e especializada, com especial ênfase na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com focos de instabilidade, foram desenvolvidos objetivos específicos e atividades a realizar ao longo do contexto [apêndice III].

A motivação para integrar o meu contexto profissional, ao longo deste percurso, surgiu através da perceção da necessidade recorrente de transferir clientes da enfermaria para a UCI. Esta necessidade encontra-se, por vezes, associada à presença de focos de instabilidade que não foram detetados precocemente.

Esta falha na deteção precoce de focos de instabilidade, culmina, por isso, numa transição para uma situação crítica, que possivelmente poderia ser evitada. Deste modo,

seria possível reduzir a necessidade de transferência para a UCI, e de prevalência de complicações sob internamento.

Através da realização de entrevistas informais, com a chefia do serviço e com a restante equipa, em momentos como a passagem de turno, foi possível discutir a problemática da gestão de focos de instabilidade. Sendo a perceção da equipa congruente com a supracitada.

Tal como já foi referido, na realidade atual é cada vez mais visível a necessidade de prestação de cuidados à pessoa com doença crónica complexa. Essa também é uma realidade encontrada neste serviço. Este cliente tem maior probabilidade de passar por um processo de deterioração clínica, o que aumenta fortemente a necessidade de transferência para UCI e outro tipo de complicações (Peirce et al., 2011).

Posto isto, a implementação de um sistema de deteção precoce tanto na avaliação e vigilância do cliente, como para servir de alerta para a equipa multidisciplinar, foi vista pela chefia e os restantes pares como uma mais-valia a implementar no serviço.

Tendo em conta o parecer da equipa, considerei pertinente avançar para a realização de uma ação de sensibilização intitulada de “Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa com Doença Crónica Complexa em Situação Crítica” [apêndice IV].

Esta sessão teve uma duração de cerca de 45 minutos, e foi realizada em contexto informal, no próprio serviço, em três momentos distintos. A sessão foi realizada sempre às 15h, numa tentativa de abranger os enfermeiros de dois turnos diferentes. Para poder abranger o máximo de enfermeiros, aquando da indisponibilidade para assistir à formação de forma presencial, foi disponibilizada a ação de sensibilização em formato online durante um período de duas semanas.

Após a sessão de sensibilização, foi discutido também em conjunto com a equipa a possibilidade de avaliar os clientes internados na enfermaria com o sistema de deteção precoce NEWS II, tendo em conta que o mesmo se encontra disponível no sistema informático de registos utilizado.

Durante a discussão com os pares, foram realizadas várias demonstrações reais da utilização do sistema de NEWS II, tendo em conta os clientes internados. Esta experiência tornou perceptível que era comum, através da avaliação com a NEWS II, que os clientes apresentassem um risco clínico moderado. Após realização de uma nova avaliação de enfermagem, foi possível concluir que o cliente não apresentava nenhum

foco de instabilidade e, que os parâmetros avaliados se encontravam dentro dos valores que eram a tendência do cliente.

Esta experiência levou à reflexão conjunta com a equipa que, dado o contexto de cardiologia, a terapêutica administrada tem muitas vezes efeito bradicárdico ou hipotensor, o que aumenta a avaliação do nível do risco clínico com a NEWSII. Esta reflexão vai ao encontro com as limitações da NEWS II, descritas na evidência científica que deu origem à revisão integrativa da literatura (Grant, 2019). Posto isto, foi também discutido com os pares a importância de utilizar o sistema da NEWS II como coadjuvante na avaliação de enfermagem, e manter um bom julgamento clínico (Kwack et al., 2018; Le Lagadec et al., 2020).

Posteriormente foi realizado o questionário de satisfação da formação do centro hospitalar.

Esta sessão foi assistida por um total de cerca de 25 enfermeiros em formato presencial, e 5 em formato online. O que perfaz cerca de 53% dos enfermeiros do serviço.

As idades dos inquiridos estão compreendidas entre os 24 e os 62 anos. 56% têm idade igual ou inferior a 27 anos de idade, e cerca de 87% dos inquiridos são do sexo feminino.

Na tabela 1 encontram-se esquematizados os resultados da avaliação da satisfação da ação de formação em cada um dos itens.

**Tabela 1.**

*Avaliação da ação de formação.*

Satisfação da Ação de Formação			
	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
Duração da Ação	68,8%	25%	
Horário	50%	31,3%	12,5%
Utilidade dos temas para o exercício profissional	81,3%	12,5%	
Desempenho dos preletores	93,8%		
Avaliação global da sessão	87,5%	6,3%	

Não foram apresentadas sugestões ou comentários à sessão por parte de nenhum dos inquiridos.

Durante as reuniões informais, foi perceptível a opinião da equipa em relação às vantagens da utilização da NEWS II também como alerta para a equipa médica, dado o sistema informático utilizado ser o mesmo tanto pelos enfermeiros e médicos. No decorrer desta discussão, pude dar conhecimento à equipa que a NEWSII poderia ser utilizada como critério de ativação da EEMI. Já no primeiro contexto de estágio, através da discussão com o enfermeiro orientador, que fazia parte da EEMI de outro hospital, pude perceber como é que a NEWS II se encontrava enquadrada nos critérios de ativação. Caso a avaliação deste sistema considerasse a presença de um risco clínico moderado a alto, a EEMI era ativada para avaliação do cliente.

Surgindo esta temática, e tendo em conta a falta de EEMI neste hospital, foi consensual a opinião da equipa, de que o seu desenvolvimento poderia ser vantajoso e que o Serviço de Cardiologia poderia vir a ter um papel ativo neste propósito.

Ao longo dos dois primeiros contextos foi recolhida informação que serviu como auxílio ao desenvolvimento de uma proposta de um protocolo de atuação da EEMI. Para além disto, foram também realizadas reuniões informais com o chefe de serviço, em conjunto com um enfermeiro especialista, de modo a discutir a pertinência e os tópicos necessários ao desenvolvimento deste protocolo.

Posto isto, em conjunto com a ação de sensibilização, foi também apresentada a proposta desenvolvida para atuação da EEMI [apêndice V], para que o mesmo fosse discutido em conjunto com a equipa.

Posteriormente foi avaliada a concordância da equipa com cada um dos itens do protocolo de atuação da EEMI.

As características demográficas e o número de enfermeiros que assistiu à apresentação do protocolo, e respondeu à avaliação da concordância com o mesmo, foram os mesmo dos supracitados, em relação ao questionário de avaliação de satisfação da formação.

Em relação à concordância com o protocolo de atuação da EEMI, foram apresentados um total de 15 tópicos, passíveis de serem avaliados numa escala de 1 a 4, sendo 1 representativo de discordância total e 4 de concordância plena.

Na tabela 2 encontram-se esquematizados os resultados da avaliação da concordância da equipa com a proposta do protocolo de atuação da EEMI, para cada um dos tópicos que a proposta contempla.

**Tabela 2.***Avaliação da concordância com o protocolo de atuação da EEMI.*

Concordância com o Protocolo de Atuação da EEMI				
	4	3	2	1
Descrição da EEMI	97,5%	12,5%	0%	0%
Objetivos da EEMI	87,5%	12,5%	0%	0%
Constituição da equipa	75%	25%	0%	0%
Ativação da EEMI	93,8%	6,3%	0%	0%
Critérios de ativação	81,3%	18,8%	0%	0%
Critérios de ativação: Via aérea e respiração	87,5%	12,5%	0%	0%
Critérios de ativação; circulação	93,8%	6,3%	0%	0%
Critérios de ativação: consciência	93,8%	6,3%	0%	0%
Critérios de ativação: utilização da NEWS	97,5%	12,5%	0%	0%
Critérios de ativação: na criança	87,5%	12,5%	0%	0%
Intervenção pré-ativação da EEMI: áreas clínicas	93,8%	6,3%	0%	0%
Intervenção pré-ativação EEMI: áreas não clínicas	81,3%	18,8%	0%	0%
Revisão e reposição do material, equipamento e fármacos da EEMI: diária	87,5%	12,5%	0%	0%
Revisão e reposição do material, equipamento e fármacos da EEMI: mensal	87,5%	12,5%	0%	0%

Obteve-se um grau de concordância total superior a 81% em quase todos os itens do protocolo. Foi exceção o item “constituição da equipa” (75%). A este propósito foi apresentada a sugestão de que os enfermeiros que constituem a EEMI deveriam ser oriundos da UCI e incluir também enfermeiros da enfermaria.

Apenas um inquirido fez uma sugestão e comentário na globalidade à proposta apresentada, que considera que seria importante pensar num espaço físico para colocar a vítima. Tendo em conta a dificuldade que, por vezes, existe na gestão de disponibilidade de vagas na UCI, o inquirido considera que a disposição de um espaço próprio para o efeito é, sem dúvida, fundamental para se prestarem os cuidados médicos e de enfermagem adequados.

Tendo em conta a pertinência da temática, fui ainda convidada a apresentar a comunicação “Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa com Doença Crónica Complexa em Situação Crítica” no 3º Encontro Um Dia com os Enfermeiros do HSC – Partilha de Conhecimentos, com a temática Sustentabilidade e Inovação [anexo III].

Ainda no âmbito deste estágio, tive a oportunidade de integrar o projeto “id.Care: Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão”. A integração deste projeto, em articulação com duas alunas do Instituto

Superior de Engenharia de Lisboa, foi realizada com o intuito de desenvolver uma aplicação informática de apoio à tomada de decisão do enfermeiro, na qual constasse o sistema de deteção precoce NEWS II. Pretende-se que esta ferramenta venha a ser utilizada por estudantes ou enfermeiros, em serviços onde os sistemas informáticos não integrem esta ferramenta.

Para isso, foram realizadas reuniões informais, nas quais colaborei na definição dos requisitos do sistema, bem como a aplicação da NEWS II, para que posteriormente fosse desenvolvida a aplicação.

Com o percurso realizado ao longo deste contexto, foi possível identificar um problema e rever os conhecimentos existentes, através da perceção do problema e discussão do mesmo em reuniões informais. Posteriormente, tive a oportunidade de adaptar o conhecimento ao contexto local, através da realização da ação de formação e avaliação da concordância dos pares com o protocolo de atuação da EEMI. Sendo estas as primeiras duas fases do modelo de implementação da ciência (Björk et al., 2013; Graham & Tetroe, 2007). Espero ter ainda a oportunidade de atingir outras fases deste modelo.

O terceiro contexto permitiu-me assim, o desenvolvimento de competências ao nível do “domínio da melhoria contínua da qualidade”, do “domínio da gestão de cuidados”, do “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de estágio elaborado permitiu descrever e analisar, de forma fundamentada, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, através de atividades realizadas em contexto de unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência e serviço de cardiologia.

O desenvolvimento de competências ao longo deste percurso não teve impacto apenas a nível profissional, mas também a nível pessoal. Os contextos de estágio que tive oportunidade de integrar proporcionaram-me experiências fundamentais, e com um impacto positivo no meu desenvolvimento como mestre e enfermeira especialista.

O percurso realizado vai também ao encontro do referido por Benner (2001), que considera que para um enfermeiro alcançar o nível de perito, deve desenvolver competências através da apreensão rápida de um problema, de modo a ter em conta a necessidade de intervir de forma apropriada e avaliar os problemas, para que, caso considere necessário, o mesmo possa mobilizar ajuda para que as necessidades sejam colmatadas.

Ao longo dos contextos pude ter em conta a necessidade de conhecimentos e de habilidades necessárias, para que pudesse acompanhar as novas experiências que foram surgindo, de modo a atuar de forma responsável em cada contexto.

Também a tecnologia deve ser integrada nas competências da prática de enfermagem, e utilizada de forma proficiente. Esta integração deve ser feita na própria disciplina, de modo a manter a dinâmica do processo de enfermagem, tendo como foco o cuidado humano (Locsin, 2017).

Este percurso na disciplina de enfermagem foi guiado pela sustentação e análise do referencial teórico *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin, do modelo de vigilância de Meyer e Lavin, para que fosse possível o desenvolvimento de competências de perito descritas por Benner.

A vigilância de focos de instabilidade tem uma importância extrema na prestação dos cuidados de enfermagem, sendo esta temática integrada nas competências específicas do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018).

Durante a prestação de cuidados, o enfermeiro deve ter em conta o cliente de forma individualizada. A pessoa com doença crónica complexa apresenta maior risco de deterioração clínica devido à presença de fragilidades fisiológicas. Posto isto, o padrão dos sinais vitais em clientes com comorbilidades pode não corresponder aos intervalos padronizados.

Os sistemas de deteção precoce permitem estratificar o risco e facilitam o processo de vigilância, promovendo a segurança do cliente. No entanto, não dispensam o olhar atento e cuidado do enfermeiro, que aplica o seu juízo clínico em função das particularidades do cliente.

Assim, durante a utilização de ferramentas de estratificação de risco como coadjuvante na avaliação de enfermagem da pessoa com doença crónica complexa, o enfermeiro deve ter em conta a possibilidade de presença de falsos alarmes.

O contexto de UCI e de SU permitiram o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, tendo por base a dimensão ética e a segurança dos cuidados prestados. Nestes contextos, a reflexão com peritos e a realização dos jornais de aprendizagem e de um estudo de caso, tiveram um impacto muito positivo no processo de aprendizagem e concomitantemente, no meu desenvolvimento de competências.

Ter a oportunidade de finalizar este percurso no contexto no qual exerço a minha atividade profissional, e também neste contexto, desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foi também um aspeto positivo. Para além disso, esta experiência proporcionou-me também a oportunidade de dar a conhecer aos pares o trabalho que desenvolvi ao longo deste percurso, com a esperança de um impacto positivo na equipa, de forma a promover a segurança nos cuidados prestados.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algahtani, R., & Merenda, A. (2021). Multimorbidity and Critical Care Neurosurgery: Minimizing Major Perioperative Cardiopulmonary Complications. *Neurocritical Care Society, 34*, 1047–1061. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-01072-5>
- Allen, J., Jones, D., & Currey, J. (2018). Clinician and manager perceptions of factors leading to ward patient clinical deterioration. *Australian Critical Care, 31*, 369–375. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.09.003>
- Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança E Enfermagem : Estudo Realizado com Enfermeiros Chefes e Especialistas. *Gestão e Desenvolvimento, 17-18*, 51–71.
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2014). Ambiente de trabalho e liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Da Escola de Enfermagem USP, 48(5)*, 938–943. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500022>
- Bampi, R., Lorenzini, E., Maroso Krauzer, I., Ferraz, L., Franco da Silva, E., & Dall’Agnol, C. M. (2017). Perspectives of the nursing team on patient safety in an emergency unit. *Journal of Nursing UFPE On Line, 11(2)*, 584–590. <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A. M. S., Larsen, K., Reiersen, I. Å., Sommer, I., & Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: An example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing, 69(10)*, 2336–2347. <https://doi.org/10.1111/jan.12091>
- Brantley, A., Collins-Brown, S., Kirkland, J., Knapp, M., Pressley, J., Higgins, M., & McMurtry, J. P. (2016). Clinical trial of an educational program to decrease monitor alarms in a medical intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care, 27(3)*, 283–289. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016110>
- Cameron, A., Ireland, A. J., McKay, G. A., Stark, A., & Lowe, D. J. (2016). Predicting admission at triage: Are nurses better than a simple objective score? *Emergency Medicine Journal, 0*, 1–6. <https://doi.org/10.1136/emered-2014-204455>
- Charlson, M. E., Carrozzino, D., Guidi, J., & Patierno, C. (2022). Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychotherapy and Psychosomatics, 91*, 8–35. <https://doi.org/10.1159/000521288>
- Considine, J., Rhodes, K., Jones, D., & Currey, J. (2018). Systems for recognition and response to clinical deterioration in Victorian emergency departments. *Australasian Emergency Care, 21*, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2017.12.003>
- Cooksley, T., Kitlowski, E., & Haji-Michael, P. (2012). Effectiveness of Modified Early Warning Score in predicting outcomes in oncology patients. *QJM, 105*, 1083–1088. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcs138>
- Cope, V., & Murray, M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing Standard, 31(43)*, 61–69. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10836>

- Denton, G., Green, L., Palmer, Ma., Jones, A., Quinton, S., Simmons, A., Choyce, A., Higgins, D., & Arora, N. (2021). Evaluation of the safety of inter-hospital transfers of critically ill patients led by advanced critical care practitioners. *British Journal of Nursing*, 30(8), 470–476. <https://doi.org/10.1201/9781315264974-12>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. *Direção-Geral Da Saúde*, 8, 24.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma N° 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral Da Saúde, CDC*, 46. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. 2–66. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. *Norma Clínica: 022/2015*, 1–26. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa N° 09/DGCG*, 1(1), 1–6. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/afit/article/viewFile/16/12>
- Donaldson, L., Ricciardi, W., Sheridan, S., & Tataglia, R. (2021). Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. In *Springer*. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_25)
- Duffield, C., Roche, M., Dimitrelis, S., & Frew, B. (2015). Leadership skills for nursing unit managers to decrease intention to leave. *Nursing: Research and Reviews*, 5, 57–64. <https://doi.org/10.2147/nrr.s46155>
- Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian Critical Care*, 29, 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fidler, R. L., Pelter, M. M., Drew, B. J., Palacios, J. A., Bai, Y., Stannard, D., Aldrich, J. M., & Hu, X. (2017). Understanding heart rate alarm adjustment in the intensive care units through an analytical approach. *PLOS ONE*, 12(11), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187855>
- Fisher, K. A., Griffith, L. E., Gruneir, A., Upshur, R., Perez, R., Favotto, L., Nguyen, F., Markle-Reid, M., & Ploeg, J. (2021). Effect of socio-demographic and health factors on the association between multimorbidity and acute care service use: population-based survey linked to health administrative data. *BMC Health Services Research*, 21(62), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06032-5>

- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/riii12133>
- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, R. S. (2019). 1. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (pp. 21–40). <https://doi.org/10.7476/9788575416426.0004>
- Frost, P., & Wise, M. P. (2007). Recognition and early management of the critically ill ward patient. *British Journal of Hospital Medicine*, 68(10), 180–183. <https://doi.org/10.12968/hmed.2007.68.sup10.27338>
- Fullerton, J. N., Price, C. L., Silvey, N. E., Brace, S. J., & Perkins, G. D. (2012). Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the pre-hospital environment? *Resuscitation*, 83, 557–562. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.004>
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. De, Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. D. A. F. S., Campos, L. D. E. D. S., Grion, D. C., Festti, J., & Grion, C. M. C. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2007). Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation. *Academic Emergency Medicine*, 14, 936–941. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.07.004>
- Grant, S. (2018). Limitations of track and trigger systems and the National Early Warning Score. Part 1: areas of contention. *British Journal of Nursing*, 27(11), 624–631.
- Grant, S. (2019). Limitations of track and trigger systems and the national early warning score. Part 3: Cultural and behavioural factors. *British Journal of Nursing*, 28(4), 234–241. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.4.234>
- Halverson, C. C., & Scott Tilley, D. (2022). Nursing surveillance: A concept analysis. *Nursing Forum*, 57, 454–460. <https://doi.org/10.1111/nuf.12702>
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA -I Definições e Classificação 2018-2020. In *Artmed Editora*. ARTMED EDITORA LTDA.
- Hill, T. (2013). Caring and technology. *Online Journal of Nursing Informatics*, 17(3). <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-882-3-217>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da Saúde - 2020*. url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156>
- Intensive Care Society. (2019). GUIDELINES FOR THE PROVISION OF INTENSIVE CARE SERVICES. In *Intensive Care Medicine* (Vol. 2). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/docs/clinical-guidance/critical-care-gpics-v2.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0*. International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)

- JL, C.-E., Ma, G.-H., Mll, Q.-T., & Vf, G.-G. (2016). POLYPHARMACY AND MORTALITY AMONG CHRONIC COMPLEX OUTPATIENTS: RESULTS OF COMMUNITY-BASED PROSPECTIVE STUDY Chronic Complex Patient and Polypharmacy. *International Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 3(11), 59–74. <https://doi.org/10.5281/zenodo.168345>
- Johnston, M. C., Crilly, M., Black, C., Prescott, G. J., & Mercer, S. W. (2019). Defining and measuring multimorbidity: A systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*, 29(1), 182–189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky098>
- Jones, D., Mitchell, I., Hillman, K., & Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, 84, 1029–1034. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.01.013>
- Källberg, A. S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., & Göransson, K. E. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 33, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>
- Karro, J., Dent, A. W., & Farish, S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17, 117–123. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x>
- Kisiel, M., & Perkins, C. (2006). Nursing observations: knowledge to help prevent critical illness. *British Journal of Nursing*, 15(19), 1052–1056. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.19.22105>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. In *University of Adelaide*.
- Kitson, A., & Feo, R. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kjeldsen, C. L., Hansen, M. S., Jensen, K., Holm, A., Haahr, A., & Dreyer, P. (2018). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(2), 75–81. <https://doi.org/10.1111/nicc.12277>
- Kwack, W. G., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Yun, M., Kim, Y., Lee, S. H., Song, I., Park, J. S., Cho, Y. J., Jo, Y. H., Yoon, H. Il, Lee, J. H., Lee, C. T., & Lee, Y. J. (2018). Evaluation of the SpO<sub>2</sub>/FI<sub>O</sub><sub>2</sub> ratio as a predictor of intensive care unit transfers in respiratory ward patients for whom the rapid response system has been activated. *PLOS ONE*, 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201632>
- Lambe, K., Currey, J., & Considine, J. (2016). Frequency of vital sign assessment and clinical deterioration in an Australian emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19, 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.09.001>
- Le Lagadec, M. D., Dwyer, T., & Browne, M. (2020). The efficacy of twelve early warning

- systems for potential use in regional medical facilities in Queensland, Australia. *Australian Critical Care*, 33, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.001>
- Lichen, I. M., Berning, M. J., Bower, S. M., Stanich, J. A., Jeffery, M. M., Campbell, R. L., Walker, L. E., & Bellolio, F. (2021). Non-pharmacologic interventions improve comfort and experience among older adults in the Emergency Department. *American Journal of Emergency Medicine*, 39, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.089>
- Liu, F. Y., Qin, J., Wang, R. X., Fan, X. L., Wang, J., Sun, C. Y., Cao, T., & Liang, X. (2015). A prospective validation of national early warning score in emergency intensive care unit patients at Beijing. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 22(3), 137–144. <https://doi.org/10.1177/102490791502200302>
- Locsin, R. C. (2001). The culture of technology: Defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64, 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Lorusso, R., Shekar, K., MacLaren, G., Schmidt, M., Pellegrino, V., Meyns, B., Haft, J., Vercaemst, L., Pappalardo, F., Bermudez, C., Belohlavek, J., Hou, X., Boeken, U., Castillo, R., Donker, D. W., Abrams, D., Ranucci, M., Hryniewicz, K., Chavez, I., ... Combes, A. (2021). ELSO Interim Guidelines for Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation in Adult Cardiac Patients. *ASAIO Journal*, 827–844. <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001510>
- Maharaj, R., Raffaele, I., & Wendon, J. (2015). Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 19(254), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0973-y>
- Mann, K. D., Good, N. M., Fatehi, F., Khanna, S., Campbell, V., Conway, R., Sullivan, C., Staib, A., Joyce, C., & Cook, D. (2021). Predicting patient deterioration: A review of tools in the digital hospital setting. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9), 1–15. <https://doi.org/10.2196/28209>
- Martínez-Segura, E., Lleixà-Fortuño, M., Salvadó-Usach, T., Solà-Miravete, E., Adell-Lleixà, M., Chanovas-Borrás, M. R., March-Pallarés, G., & Mora-López, G. (2017). Competence of triage nurses in hospital emergency departments. *Emergencias*, 29(3), 173–177.
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 203–212.
- Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Morris, A., & Davies, K. (2010). Early warning scoring systems: Observation of care in practice. *British Journal of Nursing*, 19(18), 1180–1184.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.18.79052>

- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167–177. <https://doi.org/10.1177/0969733009355377>
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2021). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–80. <https://doi.org/10.1093/med/9780190888367.003.0105>
- Peirce, S. C., Hardisty, A. R., Preece, A. D., & Elwyn, G. (2011). Designing and implementing telemonitoring for early detection of deterioration in chronic disease: Defining the requirements. *Health Informatics Journal*, 17(3), 173–190. <https://doi.org/10.1177/1460458211409717>
- Pellathy, T., Pinsky, M., & Hravnak, M. (2021). Scoring Systems. *Critical Care Nurse*, 41(4), 54–65. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-02262-0.50041-5>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 1–43.
- Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. (2019). Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *Journal of Trauma Nursing*, 26(2), 99–103. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000431>
- Ravikirti. (2016). Early warning scoring system for early recognition of and timely intervention in deteriorating patients in the hospital. *Journal of Association of Physicians of India*, 64, 59–61.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª série(135), 19359–19370.
- Rodríguez, D., Heano-Castaño, Á., & Tovar, L. (2022). El concepto del confort en el cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1).
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série(4), 36–57.
- Saranteas, T., Kostroglou, A., Anagnostopoulos, D., Giannoulis, D., Vasiliou, P., & Mavrogenis, A. F. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *Sicot-J*, 5(28), 1–5.

<https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028>

- Sevick, M. A., Trauth, J. M., Ling, B. S., Anderson, R. T., Piatt, G. A., Kilbourne, A. M., & Goodman, R. M. (2007). Patients with complex chronic diseases: Perspectives on supporting self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 438–444. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0316-z>
- Smith, G., Prytherch, D., Meredith, P., & Schmidt, P. (2016). Early warning scores: unravelling detection and escalation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(28), 872–875.
- Sullivan, D., Lyons, M., Montgomery, R., & Quinlan-Colwell, A. (2016). Exploring Opioid-Sparing Multimodal Analgesia Options in Trauma: A Nursing Perspective. *Journal of Trauma Nursing*, 23(6), 361–375. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000250>
- 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. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Veiga, A. A. B. da, Barros, C. A. M., Couto, P. J. da R., & Vieira, P. M. S. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista de Enfermagem Referência, IIª Série*(10), 47–56.
- Vincent, J. L., Cecconi, M., & Saugel, B. (2019). Is this patient really “(un)stable”? How to describe cardiovascular dynamics in critically ill patients. *Critical Care*, 23(272), 1–2. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2551-1>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2019). Searching for meaning: A grounded theory of family resilience in adult ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 781–791. <https://doi.org/10.1111/jocn.14673>
- Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*, 1–35. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.05.003>
- Yeung, H. C., Lu, M. W., Martinez, E. G., & Puri, V. K. (1990). Critical care scoring system - new concept based on hemodynamic data. In *Critical Care Medicine* (Vol. 18, Issue 12, pp. 1347–1352). <https://doi.org/10.1097/00003246-199012000-00007>
- Zhang, W., Gu, Q., Gu, Y., Zhao, Y., & Zhu, L. (2022). Symptom management to alleviate thirst and dry mouth in critically ill patients: A randomised controlled trial. *Australian Critical Care*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.002>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Plano de Atividades: Unidade de Cuidados Intensivos**

<b>Plano de atividades: Unidade de Cuidados Intensivos</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Integrar o contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração com a equipa multidisciplinar da UCI;</li> <li>• Realização de uma visita ao serviço de forma a reconhecer os locais importantes para execução de procedimentos de enfermagem e localização do material;</li> <li>• Análise da metodologia de trabalho;</li> <li>• Consulta de protocolos do serviço;</li> <li>• Participação em atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem.</li> <li>• Comunicação com a equipa multidisciplinar para desenvolvimento de uma relação colaborativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Integra a dinâmica do serviço;</li> <li>• Descreve protocolos e procedimentos utilizados no SU.</li> </ul>
Analisar as intervenções de enfermagem que visem a prevenção de focos de instabilidade na PSC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos cuidados prestados à PSC tendo por base o processo de vigilância;</li> <li>• Aprofundamento dos conhecimentos acerca da temática com enfermeiros peritos;</li> <li>• Análise dos protocolos existentes no serviço.</li> <li>• Participação nos cuidados de Enfermagem especializados à PSC com focos de instabilidade;</li> <li>• Participação de momentos formativos direcionados para a área temática;</li> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a vigilância da PSC com Focos de Instabilidade;</li> <li>• Utilização de sistemas de deteção precoce na avaliação da PSC;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora;</li> <li>• Elabora relatório parcelar de atividades;</li> <li>• Elaboração de um estudo de caso;</li> <li>• Elaboração de um jornal de aprendizagem;</li> <li>• Listar os principais focos de instabilidade encontrados neste contexto e apresentá-los no relatório parcelar.</li> </ul>

<p>Prestar cuidados de Enfermagem especializados à PSC com presença de focos de instabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação do processo de cuidados de enfermagem especializados à PSC com presença de focos de instabilidade;</li> <li>• Execução de procedimentos e intervenções especializadas de enfermagem, de acordo com as necessidades do cliente;</li> <li>• Aplicação dos conhecimentos e técnicas mais adequadas na vigilância de focos de instabilidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora;</li> <li>• Elaboração de um relatório parcelar de atividades.</li> </ul>
<p>Analisar a dinâmica da equipa de eCPR e de resgate de clientes com necessidade de ECMO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta do protocolo de eCPR.</li> <li>• Análise da metodologia de trabalho.</li> <li>• Análise da organização da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora.</li> </ul>
<p>Desenvolver protocolo para formação de uma EEMI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Normas e literatura sobre o desenvolvimento de uma EEMI.</li> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre os critérios de ativação da EEMI;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora.</li> </ul>
<p>Desenvolver uma relação terapêutica com o cliente e família tendo por base as dimensões éticas dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de relação de ajuda com o cliente e família;</li> <li>• Resposta a questões, solicitações e problemas do cliente e/ou familiares;</li> <li>• Mobilização de estratégias de comunicação com base nas necessidades do cliente e família;</li> <li>• Identificação de características e necessidades específicas de cada cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta adequada a questões, solicitações e problemas do cliente e/ou familiares.</li> </ul>

## **APÊNDICE II – Plano de Atividades: Serviço de Urgência**

<b>Plano de atividades: Serviço de Urgência</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Integrar o contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração com a equipa multidisciplinar do SU;</li> <li>• Realização de uma visita ao serviço de forma a reconhecer os locais importantes para execução de procedimentos de enfermagem e localização do material;</li> <li>• Análise da metodologia de trabalho;</li> <li>• Consulta de protocolos do serviço;</li> <li>• Participação em atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem.</li> <li>• Comunicação com a equipa multidisciplinar para desenvolvimento de uma relação colaborativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Integra a dinâmica do serviço;</li> <li>• Descreve protocolos e procedimentos utilizados no SU.</li> </ul>
Analisar as intervenções de enfermagem que visem a prevenção de focos de instabilidade na PSC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos cuidados prestados à PSC tendo por base o processo de vigilância;</li> <li>• Aprofundamento dos conhecimentos acerca da temática com enfermeiros peritos;</li> <li>• Análise dos protocolos existentes no serviço.</li> <li>• Participação nos cuidados de Enfermagem especializados à PSC com focos de instabilidade;</li> <li>• Participação de momentos formativos direcionados para a área temática;</li> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a vigilância da PSC com Focos de Instabilidade;</li> <li>• Utilização de sistemas de deteção precoce na avaliação da PSC;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora;</li> <li>• Elabora relatório parcelar de atividades;</li> <li>• Elaboração de um jornal de aprendizagem;</li> <li>• Listar os principais focos de instabilidade encontrados neste contexto e apresentá-los no relatório parcelar.</li> </ul>

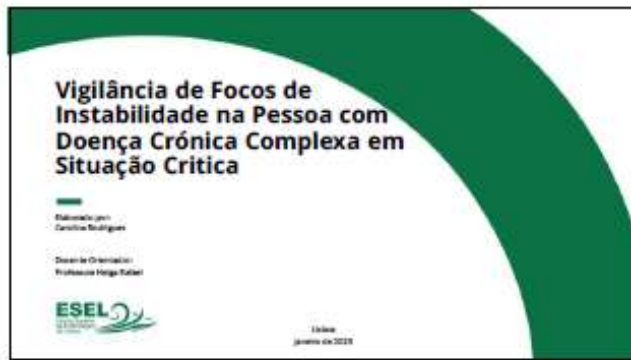
<p>Prestar cuidados de Enfermagem especializados à PSC com presença de focos de instabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação do processo de cuidados de enfermagem especializados à PSC com presença de focos de instabilidade;</li> <li>• Execução de procedimentos e intervenções especializadas de enfermagem, de acordo com as necessidades do cliente;</li> <li>• Aplicação dos conhecimentos e técnicas mais adequadas na vigilância de focos de instabilidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora;</li> <li>• Elaboração de um relatório parcelar de atividades.</li> </ul>
<p>Sensibilizar a equipa para os benefícios da utilização de um sistema de deteção precoce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de uma sessão de formação;</li> <li>• Discussão acerca da temática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de satisfação da formação.</li> </ul>
<p>Desenvolver protocolo para formação de uma EEMI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Normas e literatura sobre o desenvolvimento de uma EEMI.</li> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre os critérios de ativação da EEMI;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora.</li> </ul>
<p>Desenvolver uma relação terapêutica com o cliente e família tendo por base as dimensões éticas dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de relação de ajuda com o cliente e família;</li> <li>• Resposta a questões, solicitações e problemas do cliente e/ou familiares;</li> <li>• Mobilização de estratégias de comunicação com base nas necessidades do cliente e família;</li> <li>• Identificação de características e necessidades específicas de cada cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta adequada a questões, solicitações e problemas do cliente e/ou familiares.</li> </ul>

**APÊNDICE III – Plano de Atividades: Serviço de Cardiologia**

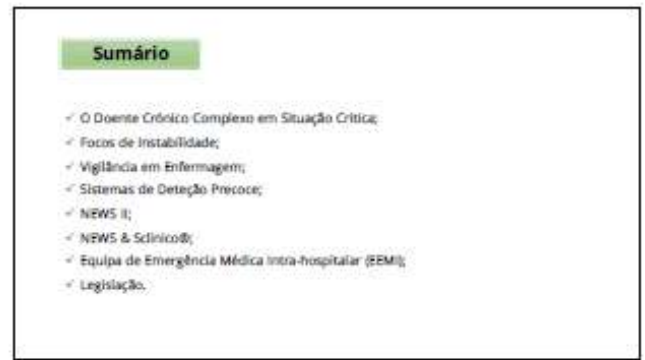
<b>Plano de atividades: Serviço de Cardiologia</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
Identificar as necessidades do contexto face ao tema em estudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a vigilância da PSC com Focos de Instabilidade;</li> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a utilização de um sistema de deteção precoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora.</li> </ul>
Analisar as intervenções de enfermagem que visem a prevenção de focos de instabilidade na PSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a vigilância da PSC com Focos de Instabilidade;</li> <li>• Identificação dos focos de instabilidade mais comuns na PSC neste contexto.</li> <li>• Aprofundamento dos conhecimentos acerca da temática com enfermeiros peritos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão das atividades realizadas com a Professora e enfermeira orientadora;</li> <li>• Elaboração de um relatório parcelar de atividades.</li> </ul>
Sensibilizar a equipa para a temática da vigilância de focos de instabilidade na PSC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de uma sessão de formação;</li> <li>• Discussão acerca da temática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de satisfação da formação;</li> </ul>
Propor um Protocolo para desenvolvimento da Equipa Médica Intrahospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão com a equipa multidisciplinar sobre a proposta do protocolo da EEMI;</li> <li>• Avaliação da concordância da equipa com cada um dos tópicos propostos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão da equipa à avaliação da concordância com o protocolo da EEMI.</li> <li>• Taxa de concordância com a proposta.</li> </ul>
Integrar a equipa de investigação "id.Care_SMdS – Centred-care for complex chronic patients in critical and long-term care: safety in self-management and decision support", em fase de inscrição no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da RIL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha e discussão da atividade realizada com a Professora orientadora;</li> </ul>

Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).		
-----------------------------------	--	--

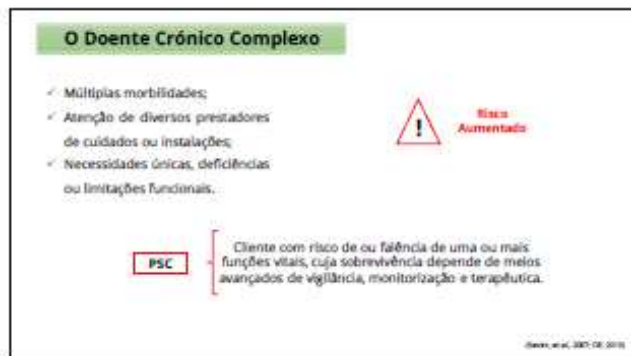
## **APÊNDICE IV - Ação de formação**



1



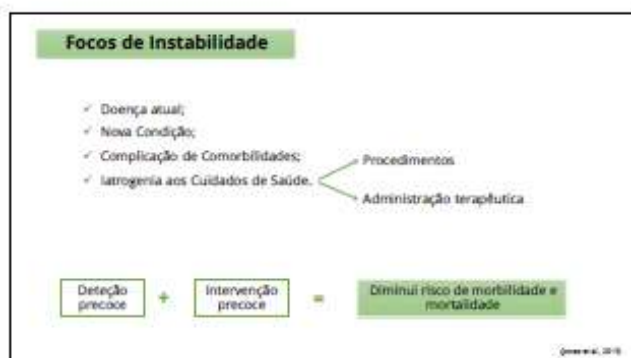
2



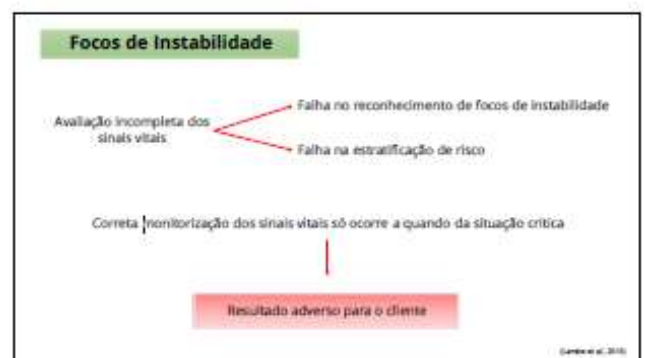
3



4



5



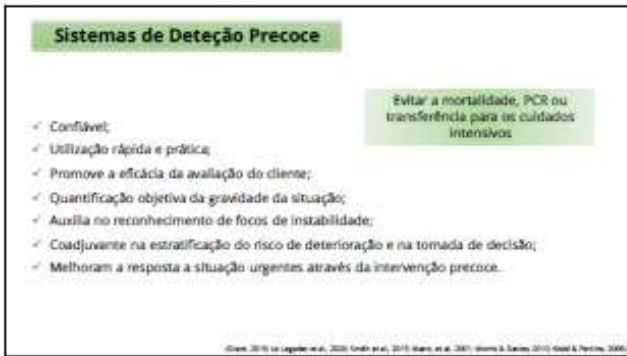
6



7



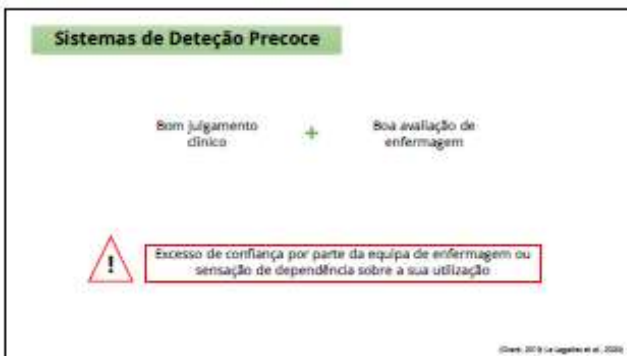
8



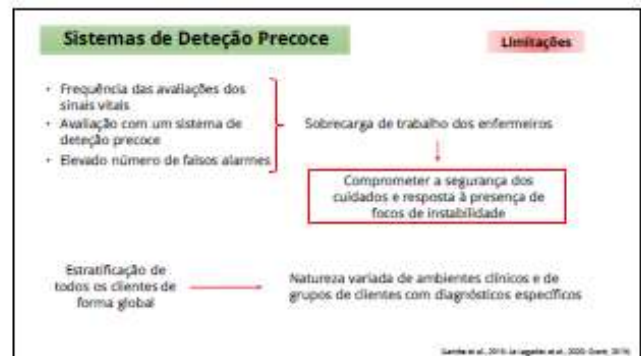
9



10



11



12

**NEWS II** Versão Portuguesa

Parâmetros	1	2	3	4	5	6	7
Respiração	0-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45
Saturação de oxigênio	92-94	95-96	97-98	99	100	101-102	103-104
Pressão arterial	90-99	100-109	110-119	120-129	130-139	140-149	150-159
Frequência cardíaca	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-109	110-119
Estado de consciência				Alerta (A)			Extremamente Verbal (V) Sem resposta (S)

Fonte: L. 2010. "Tabela, validação e adaptação do sistema de avaliação de risco "NEWS" e "NEWS" em Português"

13

**NEWS II** Protocolo de Atuação do NEWS II

Produção NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
1	Baixo	Mínimo de 24 horas	Atuar em colaboração com o enfermeiro
2-4	Médio	Mínimo de 4 a 6 horas	Atuar e informar imediatamente ao enfermeiro e ao médico responsável pelo paciente, quando o nível de consciência do doente estiver alterado ou quando o nível de saturação de oxigênio estiver abaixo do valor previsto.
5-6 ou 7 com alterações respiratórias	Médio	Alerta e frequência para o sistema de 1 hora	Atuar imediatamente em colaboração com o enfermeiro e o médico responsável. Classificar o nível de risco de acordo com o nível de consciência e estado de alerta. Classificar o nível de risco de acordo com o nível de consciência.
7 ou mais	Alto	Alerta imediato, com frequência para o sistema de 15 minutos	Atuar imediatamente em colaboração com o enfermeiro e o médico responsável pelo doente. Avaliar o nível de risco de acordo com o nível de consciência e estado de alerta. Classificar o nível de risco de acordo com o nível de consciência e estado de alerta.

Fonte: L. 2010. "Tabela, validação e adaptação do sistema de avaliação de risco "NEWS" e "NEWS" em Português"

14

**NEWS II**

The screenshot shows a software interface for NEWS II. It displays a patient's name, room number, and date of admission. Below this, there are several rows of data representing different vital signs and their corresponding scores, color-coded from green (low risk) to red (high risk). A large red circle highlights a specific data point.

15

**NEWS & Sclínico®**

The screenshot shows the NEWS & Sclínico® software interface. It displays a patient's name, room number, and date of admission. Below this, there are several rows of data representing different vital signs and their corresponding scores, color-coded from green (low risk) to red (high risk). A large red circle highlights a specific data point, with a label "Risco Clínico" pointing to it.

16

**NEWS & Sclínico®**

The screenshot shows the NEWS & Sclínico® software interface. It displays a patient's name, room number, and date of admission. Below this, there are several rows of data representing different vital signs and their corresponding scores, color-coded from green (low risk) to red (high risk). A large red circle highlights a specific data point, with a label "Avaliação Neurológica Escala de Coma de Glasgow" pointing to it.

17

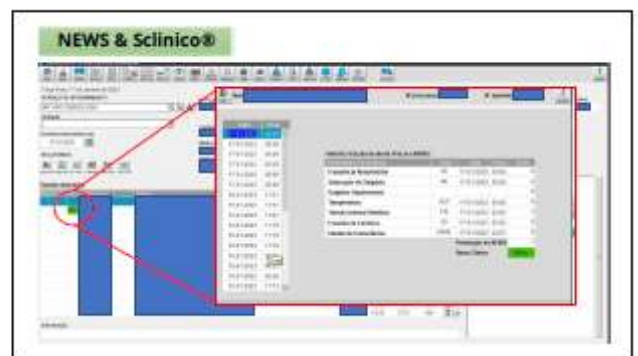
**NEWS & Sclínico®**

The screenshot shows the NEWS & Sclínico® software interface. It displays a patient's name, room number, and date of admission. Below this, there are several rows of data representing different vital signs and their corresponding scores, color-coded from green (low risk) to red (high risk). A large red circle highlights a specific data point, with a label "Frequência Respiratória" pointing to it.

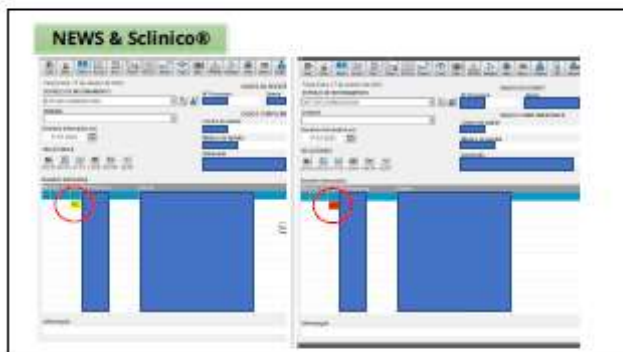
18



19



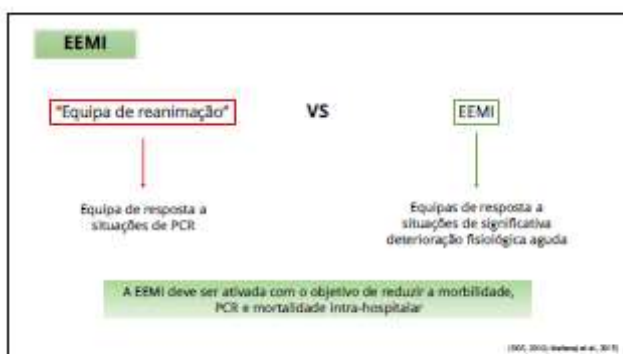
20



21



22



23

- EEMI**
- ✓ Reconhecimento de focos de instabilidade nos doentes;
  - ✓ Critérios de ativação das equipas devem ser sistematizados;
  - ✓ Médico e enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação;
  - ✓ Resposta imediata após ativação.
- Otimizar a ativação da EEMI.**
- © Sclínico et al., 2014, 2015, 2016

24

**Legislação**

**Direcção-Geral da Saúde** **Circular Normativa**

**Assunto:** Criação e implementação de uma Unidade de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI).

**Final:** Todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde.

**Contacto na DGS:** Departamento de Qualidade na Saúde/Unidade de Qualidade Clínica e Operacional - Miguel Soares de Oliveira

**Nº 14852/2010**  
**DATA: 23/06/2010**

25

**Legislação**

**Direcção-Geral da Saúde** **Circular Normativa**

**10000** no âmbito do Sistema Nacional de Saúde devem implementar a "Unidade de Emergência Médica Intra-Hospitalar".

**Objetivos da implementação:**

1. Criação de unidades de EEMI
2. Recrutamento humano
3. Aquisição de materiais de investigação
4. Certificação
5. Equipamento material
6. Formação
7. Registo

26

**Legislação**

**Direcção-Geral da Saúde** **Circular Normativa**

**CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR**

**Objetivos de atuação da EEMI:**

• Controlo de qualidade	
• Formação contínua	
• Formação específica de 10 horas	
• 24/24 horas com ligação permanente	
• Formação de qualidade (EEM) - 100% dos profissionais	
• Presença de um médico (EEM) - 100%	
• Estado de alerta (EEM) - 100%	
• Criação de um protocolo de atuação	
• Criação de um protocolo de atuação	
• Plano de contingência	

Tão ou mais importante do que a observação de valores num determinado momento, é a sua evolução em avaliações sistemáticas.

27

**Legislação**

**Direcção-Geral da Saúde** **Circular Normativa**

A implementação das EEM começará pelos hospitais com Serviços ou Unidades de Cuidados Interiores e é previsível que esta primeira fase esteja concluída até ao final de 2010. A concretização a todos os hospitais deverá estar concluída até final de 2011.

28

**Legislação**

**Decreto nº 200/2010 de 11 de Junho**

**EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR**

**EEMI 2222**

29

**Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI**

Uma ideia para o futuro

**HSC**

- Alocada à UNICOR?
- Formação dos profissionais
- Elemento "extra"
- Áreas não clínicas

30

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Descrição da equipa:

- ✓ prestação de auxílio e cuidados a qualquer pessoa em situação crítica
- ✓ dentro do recinto hospitalar
- ✓ Em todas as áreas clínicas e não clínicas.
- ✓ assistência prestada aos utentes, familiares, visitas e profissionais.

#### Ficam excluídos do âmbito de atuação da EEMI

- ✓ Bloco Operatório
- ✓ Unidade de Cuidados Intensivos
- ✓ UNICOR,
- ✓ Cardiologia Pediátrica
- ✓ serviço de Hemodinâmica.

31

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Objetivos:

- ✓ objetivo principal a prestação de cuidados de saúde precoces a pessoas em situação crítica.
- ✓ a EEMI deverá ser ativada caso existam sintomas de alerta que podem anteceder a PCR ou quadros de descompensação aguda, tendo em conta os critérios de ativação propostos.

#### Constituição da equipa:

- ✓ médico e enfermeiro, integrados na UNICOR, com valências em SAV
- ✓ Caso os elementos da EEMI considerem necessário deverá ser ativado:
  - Apoio de Anestesiologia
  - Cardiologista Pediátrico
- ✓ Registo diário dos elementos escalados para a EEMI.
- ✓ O material e equipamento deve guardado em local próprio a definir, preferencialmente na UNICOR.

32

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Ativação:

- ✓ Contacto interno 2222
- ✓ Nas áreas não clínicas, a ativação deverá ser feita por qualquer funcionário presente no local.
- ✓ Nas áreas clínicas, a ativação deverá ser realizada por um médico ou enfermeiro do serviço em questão.

33

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

Tabela 1 – Critérios de Ativação de EEMI

No adulto	
Via Aérea e Respiração	Compromisso da via aérea
	Paragem respiratória
	Frequência respiratória <6 ou >35 ciclos/minuto
Circulação	Saturação periférica de O <sub>2</sub> <85% com oxigénio suplementar
	Paragem cardiorespiratória
	Frequência cardíaca <40 ou >140 batimentos/minuto
Consciência	Pressão arterial sistólica <90mmHg
	Escala de Coma de Glasgow ≤8 ou diminuição >2 pontos
	Crise convulsiva prolongada ou repetida
	Perda súbita de consciência
	Dor torácica

**NEWSII:**

- ativação da EEMI deverá ser realizada em caso de presença de um score ≥5
- doentes com presença de risco clínico médio/alto.

34

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Na criança

- Paragem respiratória ou cardiorespiratória;
- Compromisso da via aérea;
- Sinais de dificuldade respiratória grave;
- Saturação periférica de O<sub>2</sub> <85% com oxigénio suplementar;
- Bradicardia ou taquicardia com repercussão hemodinâmica;
- Hipotensão sintomática;
- Escalada de Coma de Glasgow ≤8 ou diminuição >2 pontos;
- Perda súbita de consciência;
- Crise convulsiva prolongada ou repetida.

35

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Intervenção pré-ativação da EEMI:

##### Nas áreas clínicas:

- ✓ Em caso de PCR ou paragem respiratória, após ativação da EEMI, deverá ser contactado o médico do serviço em questão.
- ✓ Nas restantes situações de descompensação, a decisão de ativação da EEMI deverá ser discutida com o médico do serviço em questão.
- ✓ Após ativação deverão ser iniciadas medidas terapêuticas ou reanimação se aplicável:
  - Iniciar e manter SBV se aplicável;
  - Aproximar o carro de emergência disponível no serviço;
  - Monitorizar o doente e avaliar os sinais vitais;
  - Iniciar oxigenoterapia ou cateterizar veia periférica se aplicável.

36

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Intervenção pré-ativação da EEMI:

##### Nas áreas não clínicas:

- ✓ Ativação da EEMI em caso de PCR, paragem respiratória, dificuldade respiratória evidente ou alteração do estado de consciência
- ✓ Quem ativa a EEMI deverá permanecer no local, junto da vítima, e se possível iniciar SBV se aplicável
- ✓ Encaminhamento/Transporte do doente em situação crítica
  - O mesmo deve ser realizado pelos elementos da EEMI.
  - Nas áreas clínicas devem ser discutidas as opções de necessidade de transferência com os profissionais de saúde responsáveis pelo doente.
  - Nas áreas não clínicas, em caso de necessidade de transferir o doente para uma unidade de cuidados intensivos, o mesmo deverá ser transferido para a UNICOR, ficando a decisão de transferência para outros serviços, incluindo para o SU do HSFJ, a cargo dos elementos da EEMI.

37

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Revisão e Reposição do Material, Equipamento e Fármacos da EEMI:

##### Diariamente:

- ✓ Verificar o funcionamento adequado do telefone atribuído à equipa;
- ✓ Realizar o teste do desfibrilador;
- ✓ Verificar o funcionamento do laringoscópio, ambu e aspirador;
- ✓ Verificar o funcionamento da bala de O<sub>2</sub>;
- ✓ Verificar a presença de selo na mala da EEMI;
- ✓ Reposição de todo o material em falta após utilização do mesmo;
- ✓ Proceder ao registo de verificação diário do material.

38

### Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI

#### Revisão e Reposição do Material, Equipamento e Fármacos da EEMI:

##### Mensalmente:

- ✓ Rever a presença de todo o equipamento, bem como material da mala da EEMI;
- ✓ Efetuar a troca de medicamentos ou material dois meses antes da data do fim de validade;
- ✓ Selar a mala após a verificação, reposição e auditoria;
- ✓ Proceder ao respetivo registo.

39

### Referências Bibliográficas

- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>
- Chavakis J, Kersch G, Jahn D, et al. (2016) Evidence for regular airway suction in critical care: a systematic review. *Respiratory Care*, 61(5), 671-680. <https://doi.org/10.4187/respcare.03828>

40

## Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa com Doença Crónica Complexa em Situação Crítica

Elaborado por:  
Carolina Rodrigues

Delegada Científica:  
Professora Virgínia Rafael



Lisboa  
Janeiro de 2023

41

## **APÊNDICE V – Proposta de Protocolo de Atuação da EEMI**

# PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRAHOSPITALAR

## **1. Descrição:**

A Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI) dedica-se à prestação de auxílio e cuidados a qualquer pessoa em situação crítica, com necessidade ou potencial necessidade de meios de suporte avançado de vida, dentro do recinto hospitalar, em todas as áreas clínicas e não clínicas.

A assistência prestada deverá ocorrer não só aos utentes, mas também aos familiares, visitas e profissionais.

Ficam excluídos do âmbito de atuação da EEMI o Bloco Operatório, a Unidade de Cuidados Intensivos, a UNICOR, Cardiologia Pediátrica e o serviço de Hemodinâmica.

## **2. Objetivos:**

A EEMI tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde precoces a pessoas em situação crítica. O âmbito da atividade da equipa vai para além da PCR, com o intuito de reduzir o número de PCR e mortes evitáveis.

Posto isto, a EEMI deverá ser ativada caso existam sintomas de alerta que podem anteceder a PCR ou quadros de descompensação aguda, tendo em conta os critérios de ativação propostos.

## **3. Constituição da equipa:**

A EEMI deverá ser constituída por um médico e enfermeiro, integrados na UNICOR, com valências em Suporte Avançado de Vida.

Caso os elementos da EEMI considerem necessário, deverá ser ativado o apoio de Anestesiologia e/ou Cardiologista Pediátrico através do contacto de serviço.

Deverá ser realizado o registo diário, em todos os turnos, dos elementos escalados para a EEMI.

O material e equipamento deve guardado em local próprio a definir, preferencialmente na UNICOR.

## **4. Ativação:**

A ativação da EEMI deverá ocorrer através do contacto interno 2222 de acordo com a Norma da DGS.

Nas áreas não clínicas, a ativação da EEMI deverá ser feita por qualquer funcionário presente no local.

Nas áreas clínicas, a ativação da EEMI deverá ser realizada por um médico ou enfermeiro do serviço em questão.

## 5. Critérios de Ativação:

Dada a dificuldade em padronizar os critérios de ativação, foi elaborada uma tabela como referência para diversos sinais clínicos comuns na pessoa em situação crítica.

Torna-se importante mencionar que tão ou mais importante do que a alteração de valores num determinado momento, é a evolução do quadro em avaliações sucessivas.

<b>Tabela 1 – Critérios de Ativação da EEMI</b>	
No adulto	
<b>Via Aérea e Respiração</b>	Compromisso da via aérea Paragem respiratória Frequência respiratória <6 ou >35 ciclos/minuto Saturação periférica de O <sub>2</sub> <85% com oxigénio suplementar
<b>Circulação</b>	Paragem cardiorrespiratória Frequência cardíaca <40 ou >140 batimentos/minuto Pressão arterial sistólica <90mmHg
<b>Consciência</b>	Escala de Coma de Glasgow ≤8 ou diminuição >2 pontos Crise convulsiva prolongada ou repetida Perda súbita de consciência Dor torácica
<b>Como instrumento de avaliação rápido poderá ser utilizado o sistema de deteção precoce NEWS, cuja ativação da EEMI deverá ser realizada em caso de presença de um score ≥5, ou seja, doentes com presença de risco clínico médio/alto.</b>	
Na criança	
Paragem respiratória ou cardiorrespiratória; Compromisso da via aérea; Sinais de dificuldade respiratória grave; Saturação periférica de O <sub>2</sub> <85% com oxigénio suplementar; Bradycardia ou taquicardia com repercussão hemodinâmica; Hipotensão sintomática; Escalada de Coma de Glasgow ≤8 ou diminuição >2 pontos; Perda súbita de consciência; Crise convulsiva prolongada ou repetida.	

## 6. Intervenção pré-ativação da EEMI:

### 6.1 Nas áreas clínicas:

Em caso de PCR ou paragem respiratória, após ativação da EEMI, deverá ser contactado o médico do serviço em questão.

Nas restantes situações de descompensação, a decisão de ativação da EEMI deverá ser discutida com o médico do serviço em questão.

Após ativação deverão ser iniciadas medidas terapêuticas ou reanimação se aplicável:

- Iniciar e manter SBV se aplicável;
- Aproximar o carro de emergência disponível no serviço;
- Monitorizar o doente e avaliar os sinais vitais;
- Iniciar oxigenoterapia ou cateterizar veia periférica se aplicável.

#### 6.1 Nas áreas não clínicas:

Ativação da EEMI em caso de PCR, paragem respiratória, dificuldade respiratória evidente ou alteração do estado de consciência.

Quem ativa a EEMI deverá permanecer no local, junto da vítima, e se possível iniciar SBV se aplicável.

### **7. Intervenção pós-ativação da EEMI:**

O encaminhamento/transporte do doente em situação crítica deve ser realizado pelos elementos da EEMI.

Nas áreas clínicas devem discutidas as opções de necessidade de transferência com os profissionais de saúde responsáveis pelo doente.

Nas áreas não clínicas, em caso de necessidade de transferir o doente para uma unidade de cuidados intensivos, o mesmo deverá ser transferido para a UNICOR, ficando a decisão de transferência para outros serviços, incluindo para o SU do HSF, a cargo dos elementos da EEMI.

### **8. Revisão e Reposição do Material, Equipamento e Fármacos da EEMI:**

Os elementos escalados para a EEMI têm a responsabilidade de:

#### 8.1 Diariamente:

- Verificar o funcionamento adequado do telefone atribuído à equipa;
- Realizar o teste do desfibrilhador;
- Verificar o funcionamento do laringoscópio, ambu e aspirador;
- Verificar o funcionamento da bala de O<sub>2</sub>;
- Verificar a presença de selo na mala da EEMI;
- Reposição de todo o material em falta após utilização do mesmo;
- Proceder ao registo de verificação diário do material.

#### 8.2 Mensalmente:

- Rever a presença de todo o equipamento, bem como material da mala da EEMI;
- Efetuar a troca de medicamentos ou material dois meses antes da data do fim de validade;
- Selar a mala após a verificação, reposição e auditoria;
- Proceder ao respetivo registo.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Certificado Participação 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica CHLO**



**2<sup>o</sup>** ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS  
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E.P.E

*"Partilhar para crescer"*

7-8 OUTUBRO 2022  
FÓRUM LISBOA

## **Certificado de Participação**

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

**Carolina Moreira Rodrigues**

Participou no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica com carga horária de 17 horas.

A Comissão Executiva

Rita Reis

Sandra Porto

Susana Gaspar



**ANEXO II - Certificado Participação VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**



VII JORNADAS TÉCNICAS DE  
MEDICINA INTENSIVA



**RESSUSCITAÇÃO**

Monitorização do doente crítico  
em Medicina Intensiva

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

# ***CERTIFICADO***

Certificamos que,

**CAROLINA RODRIGUES**

esteve presente nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Prof. Doutor Luís Bento  
*Presidente das Jornadas*

**ANEXO III - Certificado de Apresentação de Comunicação no 3º Encontro Um Dia com os Enfermeiros do HSC**

**SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS  
NÚCLEO DE FORMAÇÃO**

**Declaração**

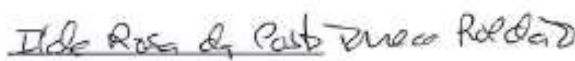
**Carolina Rodrigues**, foi preleitora no 3º Encontro de Enfermagem **“Um dia com os enfermeiros do Hospital de Santa Cruz – Partilha de Conhecimentos - Sustentabilidade e Inovação”**, realizado neste Hospital, no dia 15 de Março de 2023, com a duração total de 6 horas.

**Apresentou o seguinte tema:** Vigilância de Focos de Instabilidade na Pessoa com Doença Crónica Complexa em Situação Crítica

**Duração total da preleção:** 30 minutos

Lisboa, 3 de Maio de 2023

A Diretora de Enfermagem



(Ilda Roldão)

**Ilda T. Roldão**  
Diretora de Enfermagem HSC/CHLO