

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Controlo de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção Especializada de Enfermagem

Ricardo Filipe dos Santos Feliciano

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Controlo de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção Especializada de Enfermagem

Ricardo Filipe dos Santos Feliciano

Orientador: Professora Doutora Anabela Pereira Mendes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Nada foi como queria.

Foi tudo como sou”

Natércia Freire, epígrafe na Obra Poética II

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Anabela Mendes, pela orientação, dedicação, empenho, disponibilidade e exigência, com que sempre guiou este percurso de crescimento e construção, bem como pelos desafios que foi lançando. Obrigado por todo o apoio.

A todos os Professores que contribuíram para o meu crescimento, em especial à Professora Eunice Henriques, pela partilha de ideias e conhecimentos, que substanciaram o início deste percurso.

Ao Enf. Carlos Hipólito, pela compreensão e apoio, essenciais à conclusão deste mestrado. A todos os enfermeiros dos locais de estágio, em especial aos Enfermeiros Especialistas, Rui Miranda e António Ribeiro, obrigado pela dedicação, partilha, mestria e colaboração ao longo deste caminho.

À minha mãe e ao meu pai, por todo o amor incondicional, apoio e suporte ao longo de toda a minha vida, e em especial neste percurso e momento.

À minha família, amigos e sogros, pela paciência e compreensão das horas de ausência, e acima de tudo, pela presença, apoio e suporte incondicional, para que tudo fosse possível. À minha colega e amiga Daniela, por embarcar nesta aventura comigo, grato pelo apoio, companheirismo e amizade sempre demonstrada.

À minha “*Bigale*”, pelo amor, companheirismo, partilha, carinho e compreensão nesta jornada, bem como por toda a disponibilidade e suporte nos momentos de maior cansaço, horas de desânimo e semanas difíceis.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

BIS – Índice Biespectral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

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

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EWS – *Early Warning Score*

LA – Linha Arterial

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIA – Pressão Intra-abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnicos de Emergência Pré-hospitalar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A incapacidade em gerir e controlar os sintomas, são o principal motivo pelo qual os utente/familiares, mais recorrem aos profissionais de saúde (Sidani, 2001). Neste sentido, os enfermeiros despendem grande parte do seu tempo, a intervir no controlo dos sinais e sintomas manifestados pelos utentes. Assim, torna-se importante que os enfermeiros estejam atentos a esta problemática, avaliando os sintomas dos utentes, ou inferindo-os com recurso aos sinais e/ou aos familiares, de forma a desenvolverem uma avaliação crítica, que permita selecionar estratégias e intervenções autónomas e interdependentes no seu controlo dos sintomas e na sua estabilização.

A principal finalidade deste relatório, foi a de desenvolver uma análise descritiva e fundamentada, do percurso de aquisição de competências desenvolvido, demonstrando as competências adquiridas. Tendo em consideração a importância dos referenciais teóricos, como orientadores deste percurso, teve-se por base o modelo de Dreyfus adaptada à enfermagem de Benner (2001), como orientador do crescimento e de desenvolvimento de competências profissionais, e a teoria de controlo de sintomas de Humphreys et al. (2008), como orientadora do pensamento e da intervenção em contexto clínico.

Este percurso demonstrou-se enriquecedor, tendo permitido desenvolver e mobilizar, diversos conhecimentos teóricos inerentes à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que aliados à pesquisa científica e à reflexão da prática enquanto enfermeiro, incrementam segurança e qualidades nos cuidados prestados. Contribuindo assim, para uma prática especializada de enfermagem, à luz da perícia e excelência, que devem advir da prática de um enfermeiro especialista.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Família; Sinais e sintomas; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The inability to manage and control symptoms, are the main reason why patients and families most resort to health professionals (Sidani, 2001). In this sense, nurses spend much of their time, intervening to control the signs and symptoms manifested by patients. Like this, is important for nurses to be attentive to this problem, assessing the symptoms of patients, or inferring them using signs and/or using families as resource, in order to develop a critical assessment, which allows the selection of strategies and autonomous and interdependent interventions to symptom management and to patient's stabilization.

The main purpose of this report was to develop a descriptive and critical analysis of the competency development, and to demonstrate the skills developed. Considering the importance of the theoretical references, as a guiding of this journey, was used the model of Dreyfus adapted to the nursing by Benner (2001), as a guide for the growth and development of professional skills, and the theory symptom management by Humphreys et al. (2008), as a guide of clinical thought and intervention in the practice context.

This course has proved to be enriching, and allows to develop and mobilize several theoretical knowledges, inherent to critical care, which together with scientific research and the reflection of practice as a nurse, increase safety and quality of care. Thus, contributing to a specialized nursing practice, in the light of the expertise and excellence, which should come from the practice of a specialist nurse.

Key words: Critically ill patient; Family; Signs and symptoms; Nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	23
1.1 Teoria de controlo de sintomas	23
1.2 Modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem	28
2. O CONTROLO DE SINTOMAS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, ENQUANTO CLIENTE DE ENFERMAGEM	33
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	37
3.1 Locais de estágio	38
3.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos	38
3.1.2 Serviço de Urgência	39
3.2 Análise crítica do percurso de aquisição de competências	40
3.2.1 Competência da função de ajuda:	41
3.2.2 Competências da função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente; da função de gestão eficaz de situações de evolução rápida; e da função de administração e vigilância de protocolos terapêuticos:	47
3.2.3 Competência da função de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados: .	54
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE 1 “Cronograma do 3º semestre”

APÊNDICE 2 “Resumo do congresso STATUS 5”

APÊNDICE 3 “Apresentação UCI - Controlo de sintomas na pessoa em situação crítica:
uma abordagem na UCI”

APÊNDICE 4 “Apresentação SU - O papel do Enfermeiro na avaliação e deteção precoce
da deterioração do doente crítico”

APÊNDICE 5 “Póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada”

APÊNDICE 6 “Resumo do Congresso – 1ªas Jornadas Pessoa em Situação Crítica em
Ponta Delgada”

APÊNDICE 7 “Póster do III Congresso da Secção Regional do Sul”

ANEXOS

ANEXO 1 “Comprovativo do póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em
Ponta Delgada”

ANEXO 2 “Comprovativo do póster do III Congresso da Secção Regional do Sul”

ÍNDICE DE FÍGURAS

Diagrama 1. Modelo conceptual de controlo de sintomas de Dodd et al. (2001).....	25
Diagrama 2. Mapeamento concetual	32
Diagrama 3. Desenho do Percurso.....	37
Diagrama 4. Percurso na UCI.....	39
Diagrama 5. Percurso no SU.....	40
Diagrama 6. Mapeamento das principais conclusões.....	63

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no contexto da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, no âmbito do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo como finalidade descrever e analisar o percurso de desenvolvimento de competências, realizado ao longo do 3º semestre deste curso.

Dado que este relatório se insere no mestrado supracitado, a pessoa em situação crítica (PSC) torna-se o sujeito e contexto central deste percurso. Assim, e dada a especificidade das suas problemáticas de saúde, torna-se o centro da atenção dos cuidados prestados, necessitando de serviços e cuidados altamente especializados, como os prestados nos Serviços de Urgência (SU) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de forma a manter um suporte/recuperar as funções vitais e sistémicas que possam estar ameaçadas, evitando a falência multiorgânica (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

Torna-se importante referir que para a Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011, p.87), PSC são os *“Patients who become acute or critically ill or injured are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability”*. É ainda importante ressaltar que segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), os cuidados que o Enfermeiro Especialista (EE) em PSC, presta ao utente e à família, exigem

“observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.

Considerando que os sintomas, são o principal motivo, pelo qual os utentes mais recorrem aos serviços de saúde, e tendo por base que a sua gestão se inicia, aquando da perceção do utente da sua manifestação, o seu controlo fica a cargo dos profissionais de saúde, quando as suas manifestações superam a capacidade de resposta do utente (Doran, 2011; Humphreys et al., 2008, 2014; Sharpe & Walker, 2009; Sidani, 2001). Assim o enfermeiro especialista revela-se como o profissional competente, no controlo de sintomas e na identificação das alterações significativas

no utente, que possam comprometer o seu bem-estar e/ou a sua vida (Benner, 2001; Benner et al., 2011; McDaniel & Rhodes, 1995; Sidani, 2001).

Tendo em conta a minha experiência profissional em contexto de SU, considero que uma grande parte da intervenção de enfermagem, se foca no controlo dos múltiplos sintomas que os utentes manifestam, levando-me a querer desenvolver o presente relatório nesta temática, na esperança de trazer contributos para a minha prática profissional, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Assim, considero que em determinadas situações, em que a vida está iminentemente em perigo, a intervenção de enfermagem foca-se muitas vezes na estabilização hemodinâmica do utente, com o objetivo principal de evitar a falência multiorgânica da PSC. Porém é essencial que se esteja ciente e desperto, de que importa desenvolver uma visão mais abrangente, de quem é o alvo dos cuidados de enfermagem, percebendo que embora seja necessária a estabilização daquele utente, este insere-se numa família, que se encontra em sofrimento pela situação e cenários desconhecidos, necessitando também ela de ser cuidada e ser tida em consideração.

Neste sentido e num exercício de enfermagem avançada, é importante que o EE baseie e oriente a sua intervenção, quer na evidência científica mais recente, quer em referenciais teóricos, que sustentem o raciocínio clínico resultante da experiência profissional, e de uma prática clínica reflexiva, de forma a colmatar as necessidades manifestados pelos utentes (Canadian Nurses Association, 2008, 2019; Paiva e Silva, 2007).

Torna-se assim importante referir que neste percurso, utilizou-se a Teoria de Controlo de Sintomas de Humphreys e sua equipa reformulada em 2008, como referencial teórico para uma intervenção especializada de enfermagem, sendo de referir que esta se baseia no Modelo de Controlo de Sintomas desenvolvido por Larson e colaboradores em 1994, e revisto por Dodd e colaboradores em 2001. Para os autores a gestão de sintomas é um processo dinâmico, influenciado pela perceção/experiência individual vivenciada, e onde a família tem um papel importante quer na interpretação dos sintomas, quer nos *outcomes* que sucedem as intervenções dos enfermeiros.

Para além disso, Mendes (2016a, 2016b, 2018) afirma que durante o internamento de um dos seus membros, a família vivencia uma vulnerabilidade

acrescida, dado existir grande instabilidade e tensão na dinâmica familiar, face a uma mudança altamente marcante, e também influenciada pelo contexto em que o internamento ocorre, sendo significativo no processo de transição vivenciado pela família. A mesma autora, afirma ainda que durante uma situação crítica, o internamento é quase sempre inesperado e desestruturador da dinâmica familiar, sendo premente que os enfermeiros estejam atentos a esta problemática, de forma a darem o suporte necessário aos familiares, face ao processo de transição situacional que vivenciam (Mendes, 2018).

No percurso de aquisição de competências, enquanto futuro enfermeiro especialista e enquanto futuro mestre de enfermagem, recorrer-se-á ao modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem, desenvolvido por Benner em 2001, dado a sua correlação com o desenvolvimento de competências enquanto EE. Uma vez que este modelo aborda o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, num continuum de progressão de conhecimentos, desde o nível mais básico de iniciado, ao nível mais competente de perito.

Ter-se-á ainda por base, as competências definidas pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, que regula as competências definidas para o 2º ciclo de formação, bem como as competências definidas pelo plano de estudos do curso de CMEPSC pela ESEL. É ainda de referir, que serão incluídas algumas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas de enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização da PSC e reguladas respetivamente pelo Regulamento n.º 140/2019, e pelo Regulamento n.º 429/2018.

Neste sentido definiram-se como objetivos gerais para este percurso:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de SU e UCI;
- Desenvolver competências na avaliação, controlo e gestão de sinais e sintomas da pessoa em situação crítica.

É ainda de referir, que este trabalho se encontra dividido em 4 capítulos. No primeiro apresentam-se e justificam-se os referenciais teóricos utilizados, que suportam o pensamento e a intervenção de enfermagem ao longo deste percurso. No segundo capítulo, apresentam-se as principais conclusões resultantes de uma

Revisão Integrativa da Literatura (RIL) desenvolvida, articulando os resultados com o presente relatório e objetivos delineados. No terceiro capítulo, apresentam-se e justificam-se os locais de estágio selecionados, seguido da apresentação e justificção do percurso de aquisição de competências desenvolvido, através da exploração de objetivos definidos e das atividades realizadas em cada contexto. O quarto e último capítulo, engloba as considerações finais e principais aprendizagens deste percurso.

Por último é de ressaltar que a metodologia utilizada neste trabalho, incidiu em pesquisa bibliográfica em bases de dados e em livros, como forma de enquadrar e justificar os conceitos e temáticas abordadas, bem como em apresentações em congressos científicos e nos locais de estágio, tendo por base uma postura crítica e reflexiva da prática clínica enquanto enfermeiro, partindo do princípio que tal como afirma Mendes (2016^a, p.1) “o exercício reflexivo é essencial na aprendizagem clínica, implicando um trabalho efetivo dos atores envolvidos, estudante e orientadores, considerando a responsabilidade assumida no processo formativo”. É ainda de referir que este trabalho, segue as regras impostas pelo regulamento de mestrado em enfermagem da ESEL, tendo-se procedido à referênciação segundo as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo, desenvolver-se-á um enquadramento teórico e concetual das duas teorias selecionadas, como suporte ao pensamento e intervenção utilizados ao longo deste percurso.

1.1 Teoria de controlo de sintomas

Tendo por base o referido anteriormente, Sidani (2001, p.51) afirma que os sintomas, “são o principal motivo para que os clientes recorram aos serviços de saúde”, e que a gestão de sintomas é um “resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Bay & Bergman, 2006; Bender, Janson, Franck, & Lee, 2018; Brink & Skott, 2013; Dodd, Janson, et al., 2001; Humphreys et al., 2014; Linder, 2010; Sharpe & Walker, 2009; Shin, 2014; Sidani, 2001). Assim, cabe aos enfermeiros, no âmbito das suas intervenções autónomas, definidas pelo REPE e legislado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, que após uma análise e avaliação dos sintomas que os utentes apresentam, selecionem as intervenções necessárias, de forma a prevenir a sua ocorrência, diminuindo o impacto negativo que têm na vida dos utentes (Bay & Bergman, 2006; Bender et al., 2018; Brink & Skott, 2013; Conchon, Nascimento, Fonseca, & Aroni, 2015; Cossette, Frasure-Smith, Vadeboncoeur, McCusker, & Guertin, 2015; Dodd, Janson, et al., 2001; Doran, 2003, 2011; Henriques & Gaspar, 2010; Humphreys et al., 2014, 2008; Linder, 2010; Oliveira, 2011; Sharpe & Walker, 2009; Shin, 2014; Sidani, 2001; Sousa, McDermott, & Weiss, 2011).

É importante que os enfermeiros estejam atentos à sua intervenção, tornando-se imprescindível, que esta seja orientada por um referencial teórico, que permitirá compreender e enquadrar, quer o raciocínio quer as suas intervenções, de forma a avaliarem os sintomas que os utentes manifestam, colmatando as necessidades expressas pelos mesmos (Dodd, Cho, Cooper, & Miaskowski, 2010; Linder, 2010). Para tal, escolheu-se a teoria de médio alcance do controlo de sintomas revista por Humphreys et al. (2008), desenvolvida na Universidade da Califórnia, San Francisco (UCSF) inicialmente por Larson et al. (1994) e posteriormente adaptada por Dodd et al. (2001).

Nesta teoria, a gestão de sintomas torna-se num processo dinâmico, subjetivo e multidimensional, onde o enfermeiro adquire um papel fundamental, no controlo e gestão dos sintomas que os utentes apresentam, de forma a melhorar os *outcomes* que sucedem a sua intervenção. Assim Dodd et al. (2001), apresentam 3 domínios da ciência de enfermagem, que são fundamentais na perceção do sintoma, dado a sua relação direta, e que são: o domínio da Pessoa (que se refere à forma individual e intrínseca, como um indivíduo responde aos sintomas); o domínio do Ambiente (que se refere ao contexto em que o sintoma ocorre, como seja o contexto físico, social e cultural); e o domínio da Saúde/Doença (que se refere às alterações inerentes às patologia do indivíduo e fatores de risco).

Para além disso, Humphreys et al. (2008) desenvolve 3 dimensões essenciais na aplicação deste modelo, aos quais os enfermeiros devem estar atentos, de forma a avaliarem, diagnosticarem e intervirem eficazmente perante um sintoma, e que são:

A – A experiência do sintoma – que se refere à perceção individual, avaliação do significado e resposta, de uma pessoa face a um sintoma.

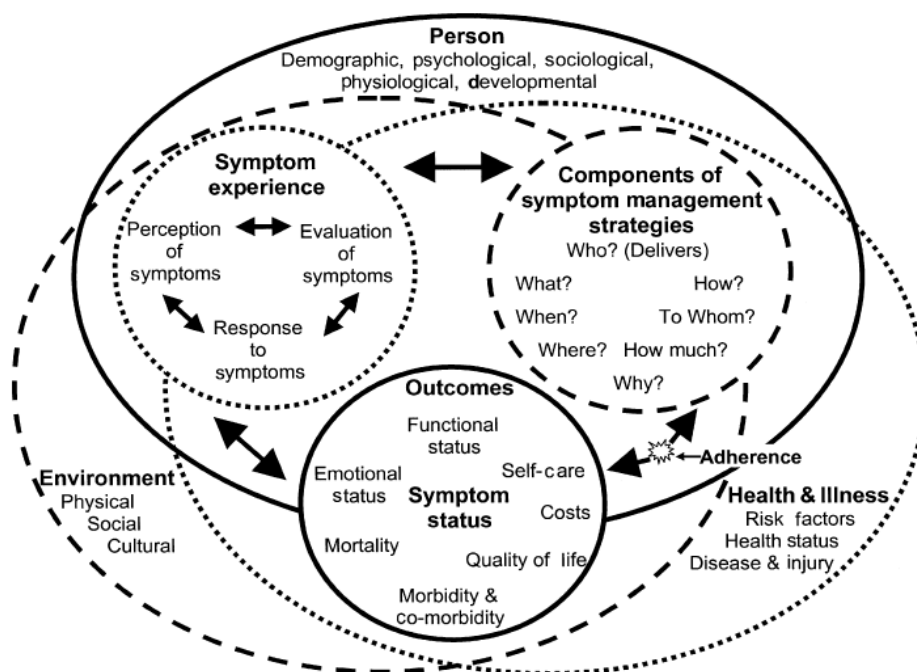
B – As estratégias de controlo de sintomas – que são intervenções desenvolvidas pelo indivíduo ou por profissionais de saúde, cujo objetivo *major* é o de reduzir a frequência, intensidade e distress associados àquele sintoma.

C – Os *outcomes*/resultados – que resultam das estratégias de controlo de sintomas implementadas, traduzindo-se numa melhoria da experiência e manifestação do sintoma. Para os autores, a resolução do sintoma, leva a uma melhoria no funcionamento físico e mental, que se repercute na qualidade de vida do utente, com uma menor permanência no hospital e breve recuperação da vida profissional, condicionando menos custos financeiros para o indivíduo, família, sistema de saúde e entidade patronal.

Dodd et al. (2001) apresenta-nos alguns pressupostos, dos quais se consideram relevante destacar os 3 seguintes: o *gold standard* do modelo, está na perceção/experiência individual, que cada cliente faz face a um sintoma; a aplicação do modelo, não está dependente da manifestação do sintoma, ou seja, podem ser delineadas intervenções preventivas, a um indivíduo que esteja em risco de desenvolver um conjunto de sintomas; os utentes que estão incapacitados de

comunicar, podem experimentar sintomas, sendo os familiares, um recurso à interpretação dos mesmos.

Diagrama 1. Modelo conceptual de controlo de sintomas de Dodd et al. (2001)



Fonte: Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

Assim nesta teoria, o enfermeiro tem o papel de intervir mesmo antes da manifestação dos sintomas, devendo estar alerta e prever as complicações, que podem advir durante o internamento do utente. Neste sentido, torna-se importante clarificar o conceito de controlo de sintomas, que segundo Sidani in Doran (2011, p.131), pode ser definido como sendo a “resolução da apresentação do sintoma, ou a atenuação do grau de severidade e/ou *distress*”, e que Humphreys et al. (2014, p.144) acrescentam que se referem aos “esforços para evitar, atrasar ou minimizar a experiência do sintoma”.

Assim e tendo em consideração que por definição, a PSC é aquela cuja vida está ameaçada, é importante e imprescindível, que os enfermeiros façam uso da experiência acumulada e da intuição, de forma a preverem os sintomas que podem ser manifestados, pelos utentes em determinadas situações, intervindo precocemente e sempre que possível, evitando a sua exacerbação (Puntillo, Smith, Arai, & Stotts, 2008; Reeves et al., 2019). Neste sentido, Sidani in Doran (2011, p.135), afirma que

a “falta de controlo na manifestação dos sintomas, traz consequências devastadores quer para o utente, quer para a família, quer para o sistema de saúde”, conduzindo a um aumento da severidade, frequência e do *distress* associado aos sintomas.

Robertson & Al-Haddad (2013) afirmam que muitas vezes, existe uma deterioração do estado físico do doente crítico, que não é valorizada pelos profissionais de saúde. Para além disso Puntillo, Smith, Arai, & Stotts (2008), afirmam ainda que é importante diferenciar sinais de sintomas, de forma a evitar que os enfermeiros utilizem os sinais manifestados pelos utentes, como sinónimo de sintomas. Assim, os sinais referem-se às manifestações objetivas, atribuíveis a uma doença, sendo que os sintomas podem ser definidos, como uma experiência pessoal e subjetiva, resultante de uma agudização da patologia base do utente, que conduz a mudanças agudas das funções físicas, fisiológicas, sociais e das sensações de um indivíduo, conducentes a uma alteração da forma como este percebe o seu estado físico, emocional ou cognitivo, implicando uma intervenção corretiva pelo próprio ou por um profissional de saúde, com o objetivo de recuperar o seu bem-estar e equilíbrio (Dodd, Janson, et al., 2001; Doran, 2003, 2011; Humphreys et al., 2008, 2014; Larson et al., 1994, 1999).

É ainda de ressaltar que segundo o Regulamento N° 429/2018 (2018, p.19363) “em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima”, sendo assim atribuídas como competências clínicas especializadas de enfermagem. Para além disso o mesmo regulamento ressalva ainda a importância da intervenção do EE, no controlo de sintomas, referindo que é função destes profissionais, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar.

Neste sentido e no contexto específico da PSC, os utentes estão muitas vezes impossibilitados de comunicar com os profissionais que o rodeiam, quer por exemplo pela degradação do seu estado de consciência, quer pela necessidade de medidas terapêuticas invasivas (como sejam a ventilação mecânica). Assim, é reforçado o papel da família, na interpretação do significado que o indivíduo atribui àquele sintoma, de forma a que o enfermeiro intervenha conscientemente, dirigindo a sua ação à compreensão, de todo o processo dinâmico que são os sintomas, dado que muitas vezes é a família que detém um maior conhecimento do utente.

Assim, é imperativo que os enfermeiros alarguem o seu campo de intervenção, e reconheçam a importância da família como alvo dos cuidados de enfermagem, pois tal como afirma o artigo 110 – Humanização dos cuidados, da Lei n.º 156/2015, a prestação de cuidados é feita à pessoa, inserida numa família ou comunidade. Sendo ainda de ressaltar que o Regulamento N.º 429/2018 (2018, p.19363), afirma que o EE em PSC, tem como competência “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, gerindo a comunicação interpessoal e adaptando o seu discurso face a situações complexas, estabelecendo uma relação terapêutica e assistindo os seus clientes, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Nas últimas décadas, têm-se verificado alterações no que se refere à dinâmica familiar, assim, torna-se importante salvaguardar que família, é mais do que um conjunto de pessoas que coabitam no mesmo espaço, e que partilham laços de consanguinidade. Considerou-se assim a definição de família alargada de CIPE 2015, que afirma ser um “grupo que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos”, e que completa a definição de família do mesmo autor, como sendo uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 143).

Face ao exposto, é importante ressaltar que o EE se torne no profissional, com uma visão mais abrangente de quem é o seu alvo de cuidados, percebendo que a família tem um papel importante, na interpretação e no controlo dos sintomas da PSC, devendo por isso ser envolvida durante o processo de cuidar, e conforme afirma Benner et al. (2011, p.273), devendo por isso “pensar na presença família, como uma intervenção de enfermagem”. O envolvimento da família refere-se então, à importância da participação ativa, desde o planeamento dos cuidados até à parceria na sua intervenção/implementação. Nesta perspetiva a família não é vista apenas como alvo de cuidados, mas sim como um dos vértices da tríade terapêutica (Benner et al., 2011; Hetland, McAndrew, Perazzo, & Hickman, 2018; Mackie, Mitchell, & Marshall, 2018; Olding et al., 2015).

Neste sentido, a intervenção do enfermeiro especialista apenas fica completa, com a inclusão dos familiares da PSC, quer enquanto parceiro de cuidados (por

exemplo na interpretação do significado atribuído pelos utentes, quando estes estão impossibilitados de comunicar), quer enquanto alvo de cuidados de enfermagem (por exemplo, no suporte emocional durante o internamento de um dos seus membros), contribuindo assim para uma correta avaliação dos sintomas manifestados pelos utentes, de forma a que através da intervenção especializada, se melhorem os outcomes resultantes do internamento (Fletcher, Dodd, Schumacher, & Miaskowski, 2008; Hetland et al., 2018; Olding et al., 2015; Shin, 2014; Sousa et al., 2011).

1.2 Modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem

O contínuo aumento das comorbilidades e o envelhecimento da população, com conseqüente aumento da esperança média de vida, impõem um conjunto de desafios aos profissionais de saúde, com um aumento na exigência e complexidade da resposta, bem como das necessidades de formação destes profissionais (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018; OPSS, 2017, 2018). Neste sentido Lopes et al. (2018), refere que a especialização em enfermagem, afirma-se como uma necessidade e tendência internacional, dotando os enfermeiros de competências específicas, que permitem melhorar a prestação, segurança e eficácia dos cuidados prestados, contribuindo para diminuir a mortalidade, aumentar a produtividade e melhorar a qualidade de vida e satisfação dos utentes.

A par disso, e seguindo as tendências internacionais, a OE tem desenvolvido esforços na evolução da profissão de enfermagem, tendo atualizado as competências comuns do EE, dado que a diferenciação e a especialização, se apresentam como uma realidade e generalidade dos profissionais de saúde (Lopes et al., 2018). Neste sentido o Regulamento n.º 140/2019, (2019, p.4744) afirma que o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

Desta forma, e sendo este um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, considera-se relevante salvaguardar o significado de competência profissional, que para Camelo & Angerami (2013, p.559) resultam de “experiências, atitudes e valores pessoais usados de maneira adequada em resposta às situações

da prática profissional”. Assim e quer enquanto futuro mestre em enfermagem, quer enquanto futuro enfermeiro especialista na área de especialização da PSC, é importante orientar e estruturar o percurso de aquisição de competências, em teorias, de forma a possibilitar a concretização dos objetivos traçados, evitando que tal como afirma OPSS (2018), exista uma utilização ineficaz das competências adquiridas.

É ainda de referir que este percurso, implica um *continuum* de aprendizagem, onde a “intuição” adquirida ao longo do desenvolvimento profissional, demonstra investimento por parte dos profissionais. Neste sentido Benner & Tanner (1987, p.23) afirmam que a intuição, pode ser compreendida como sendo a “compreensão de uma situação, além do racional, que distingue o julgamento humano experiente, das decisões ou computações que podem ser feitas por um iniciante ou por uma máquina”.

Assim, ter-se-á por base o modelo Dreyfus adaptado à enfermagem desenvolvido por Benner (2001), onde são apresentados 5 níveis sucessivos de desenvolvimento de competências, desde o primeiro nível de iniciado, ao quinto de perito, e por onde os enfermeiros vão progredindo face a características específicas, comportamentos e conhecimentos/aprendizagens esperadas em cada nível, num *continuum* de aquisição e desenvolvimento de competências. Neste sentido, a autora defende que a progressão entre os diferentes níveis, é feita face a 3 aspetos gerais, o primeiro que se refere à confiança que o enfermeiro demonstra; o segundo à forma como o profissional conceptualiza a situação vivenciada; e o terceiro, ao envolvimento do enfermeiro em cada situação (Benner, 2001).

Para além disso, o Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008, p.3842) afirma ainda que o mestre deve ter “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”. Assim e tendo em conta os 5 níveis anteriormente apresentados, considero que face à minha experiência e desenvolvimento profissional, me encontro no nível de competente, que de acordo com Benner (2001), é onde se encontram os enfermeiros com cerca de dois a três anos de experiência num determinado serviço, que cumprem objetivos traçados a curto prazo, e planeiam de forma consciente, objetivos a longo prazo, tendo a noção e consciência da situação de cuidados como um todo, e estabelecendo prioridades face a um problema identificado.

Neste modelo, são ainda definidos 7 domínios de competências, inerentes aos cuidados de enfermagem, que são necessárias adquirir ao longo de cada etapa, para que se progrida para a etapa seguinte, e essenciais para que o enfermeiro se torne perito. Assim e tendo em conta que este percurso tem como finalidade *major*, o desenvolvimento de competências que permitam a perícia, optou-se por selecionar 5 das competências definidas pela autora, por se considerarem aquelas que mais se adequam ao percurso apresentado e aos objetivos traçados.

Assim selecionaram-se os seguintes 5 domínios de competências:

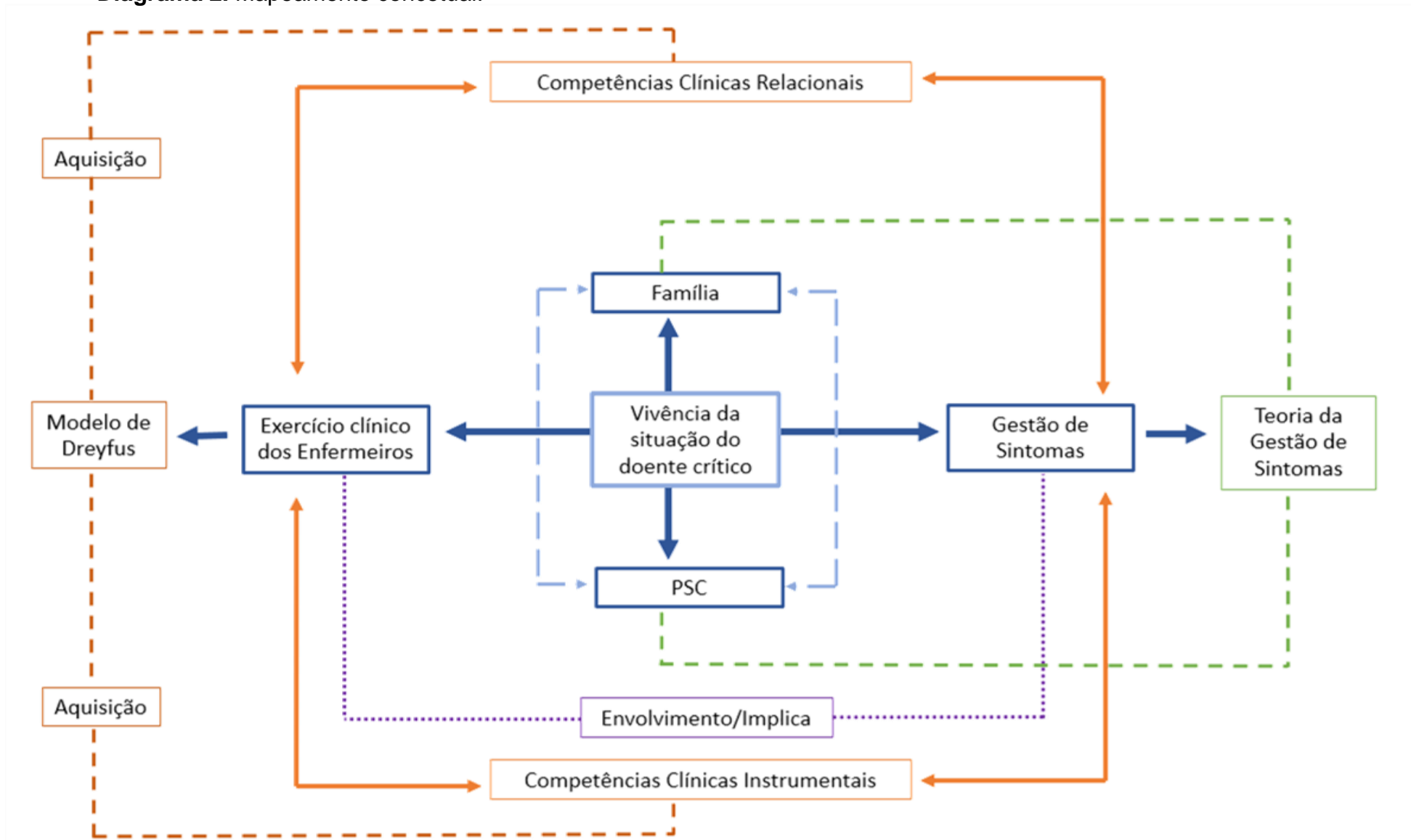
- Função de ajuda, que permite estabelecer uma relação terapêutica, promotora de segurança e alívio do sofrimento, onde o enfermeiro deve estar presente com o utente, e através do percurso desenvolvido, conhecê-lo melhor e compreender por exemplo, o significado que este atribui a determinado sintoma;
- Função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente e função de gestão eficaz de situações de evolução rápida, uma vez que dado o contexto deste relatório, e tendo por base que o doente crítico, é aquele que se encontra eminentemente em risco de morte, podem originar-se situações de evolução rápida, que implicam uma intervenção consciente e orientada por parte dos enfermeiros, quer na interpretação da monitorização, quer na gestão da situação em questão. Neste sentido e sendo os enfermeiros, quem está fisicamente mais próximo dos utentes, devem também ser eles os primeiros, a detetar alterações fisiológicas, como sejam alterações dos sinais vitais. Sendo por isso necessário que desenvolvam um conjunto de conhecimentos, que lhes permitam avaliar, diagnosticar e intervir, face às alterações que podem surgir ao longo da sua abordagem aos utentes, apresentando-se assim a monitorização, como uma arma fulcral na antecipação de possíveis problemas, bem como no alívio e resolução dos sintomas manifestados;
- Função de administração e vigilância de protocolos terapêuticos, e tendo em consideração que a PSC se encontra em falência multiorgânica, cabe aos enfermeiros a função de vigiar e administrar, um conjunto de drogas prescritas. Porém esta administração não é inócua, ficando a cabo destes profissionais um conjunto de intervenções, na vigilância de efeitos secundários, reações adversas e incompatibilidades medicamentosas, de forma a não agravar a situação clínica

dos utentes, garantido maior segurança na sua administração, e qualidade dos cuidados prestados.

- Função de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados, a autora afirma que os enfermeiros, passam muito tempo a prevenir e detetar erros, assim e tendo em consideração que a profissão de enfermagem se completa na relação com o outro, quer este seja enfermeiro, médico, assistente operacional, utente ou familiar, o enfermeiro deve estar desperto para eventuais erros, devendo por isso ser detentor de um conjunto de competências clínicas e científicas, que resultam quer da sua experiência e investimento na profissão, quer dos conhecimentos resultantes da evolução e do desenvolvimento científico, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e maior visibilidade e satisfação dos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto anteriormente, e de forma a articular os conceitos centrais com as duas teorias utilizadas, facilitando a compreensão e interpretação deste relatório, elaborou-se o diagrama 2.

Diagrama 2. Mapeamento concetual.



2. O CONTROLO DE SINTOMAS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, ENQUANTO CLIENTE DE ENFERMAGEM

De forma a melhor contextualizar e compreender a problemática do controlo de sintomas, e tendo por base que segundo o Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008, p.3842), o mestre deve ter conhecimentos e capacidades, que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”, desenvolveu-se uma RIL com a seguinte questão de investigação, elaborada a partir a mnemónica “PICo”: Qual a importância do controlo de sintomas (I) da pessoa em situação crítica (P), enquanto cliente de enfermagem (I), na UCI (Co)?.

Após a seleção dos descritores a serem utilizados (para a *CINHAL* e a *Medline*), realizou-se uma pesquisa com os termos de indexação selecionados, como *Major Heading* (MH) e alguns como *Major Concept* (MM), nas seguintes bases de dados: *Cinahl plus*; *Medline*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Scopus*; e na *Redalyc*. Tendo-se obtido uma amostra de 110 artigos (excluindo-se os repetidos), aos quais se acrescentaram 3 resultantes de pesquisas adicionais. Destes 113 artigos, e após análise do título, resumo e conteúdo, selecionou-se um total de 13 a serem analisados na íntegra, e que substanciaram o desenvolvimento do presente relatório.

Sousa, McDermott, & Weiss (2011) afirmam que o controlo de sintomas, é uma preocupação inerente aos cuidados de enfermagem, iniciando-se por uma compreensão e avaliação dos sintomas, e seguida da seleção e implementação de estratégias/intervenções necessárias à sua resolução. No contexto do doente crítico, e em particular no contexto de UCI, grande parte dos utentes não conseguem verbalizar os seus sintomas, sendo necessário recorrer a escalas de avaliação dos mesmos, e em algumas situações, recorrer a alguns sinais fisiológicos, de forma a inferi-los (Bender et al., 2018; Campbell & Happ, 2010; Dodd, Janson, et al., 2001; Humphreys et al., 2014; Puntillo et al., 2008; Randen, Lerdal, & Bjørk, 2013).

Sendo uma das funções do EE em PSC, a definida na competência 1.3.1 pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), de que “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar”, e tendo em consideração o que afirma Dodd et al. (2001, p.672), de que “em alguns momentos, a tecnologia fornece informações importantes

para descrever sintomas quando a pessoa não é capaz”. Pode-se afirmar que cabe aos enfermeiros, fazerem uso da sua experiência pessoal e profissional, na atribuição de significado aos sinais resultantes da monitorização contínua dos utentes, desenvolvendo estratégias de forma melhorar a gestão eficaz dos possíveis sintomas.

Neste sentido, Puntillo et al. (2008, p.468) afirmam que “quando os doentes críticos estão incapacitados de manifestar os seus sintomas, os enfermeiros utilizam os sinais fisiológicos, comportamentais ou uma combinação de ambos, para inferir a presença ou ausência de sintomas”. Porém é de ressaltar que Puntillo et al. (2012, p.2764), afirmam que existe uma grande proximidade na avaliação dos sintomas, feitas pelos utentes e familiares. Mitchell (2018, p.309) afirma ainda que os enfermeiros “despendem tempo suficiente com os utentes para compreenderem o impacto dos sintomas na sua vida quotidiana”.

É de referir que diversos autores apresentam a falta de comunicação, a inexperiência profissional e a não aplicação de escalas, como o principal motivo para a falta de correlação na avaliação de sintomas desenvolvidas pelos enfermeiros (Nelson & Danis, 2001; Puntillo et al., 2012, 2008; Randen et al., 2013). Neste sentido, é importante que os enfermeiros reflitam sobre a sua intervenção, dado serem os profissionais com maior proximidade dos utentes.

Puntillo et al. (2012) conclui no seu estudo, que a avaliação feita pelos familiares é muitas vezes semelhante, à autoavaliação feita pelos utentes. Esta ideia corrobora um dos pressupostos da teoria de controlo de sintomas, quando Dodd et al. (2001) afirmam nos pressupostos da teoria, que se deve recorrer aos familiares para avaliar os sintomas, quando os utente não têm capacidade para os manifestar.

Assim e tendo em consideração que, a correlação na avaliação dos sintomas pelos enfermeiros é inferior, à realizada pelos familiares, é imperativo que se alargue o campo de intervenção de enfermagem, recorrendo a estes como forma de melhor compreender aquele utente, melhorando assim o *outcome* das intervenções implementadas. Sendo ainda de ressaltar que Benner (2001), afirma que no âmbito da função de ajuda, a família deve ser tida em conta nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Dos estudos analisados, é de salvaguardar que Li & Puntillo (2006) afirmam que, todos os participantes do seu estudo, referem algum grau de dispneia durante o

internamento, e que a sede foi o sintoma avaliado com maior grau de severidade; o desconforto generalizado com o grau de moderado; e a dispneia com o grau de ligeiro. Puntillo et al. (2010) referem também que 50 a 75% dos utentes sob ventilação mecânica (VM), referem ansiedade, sede e cansaço, e que 34% dos utentes teve 1 episódio de delírio durante o internamento, mesmo sob administração de opióides e benzodiazepinas. Para além disso, Nelson et al. (2001) conclui ainda que 55 a 75% dos doentes, avaliam de forma severa ou moderada os seguintes sintomas: dor; desconforto; ansiedade; distúrbios no sono; fome; ou sede.

Outra das funções apresentadas por vários autores, é a importância da gestão da sedoanalgesia, dado melhorar a avaliação correta dos sintomas manifestados (uma vez que permitir aos utentes, comunicarem verbalmente com os profissionais de saúde), contribuindo para uma melhoria do *outcome* do internamento e da recuperação do utente, contribuindo para uma maior colaboração dos utentes na sua recuperação (Randen et al., 2013; Wøien, Vaerøy, Aamodt, & Bjørk, 2014). Face ao exposto, é de ressaltar a importância da competência 1.3.5 definida pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), quando afirma que compete ao EE em PSC demonstrar “conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia”.

Por último, considera-se ainda relevante salientar a ideia de Sousa et al. (2011), quando apresenta os “*cluster* de sintomas”, uma vez que este conceito já tinha sido apresentada por Dodd na sua teoria de controlo de sintomas. Assim segundo Dodd, Miaskowski, & Paul (2001, p.465) *clusters* são “três ou mais sintomas em simultâneo, e que se relacionam entre si”. Neste sentido e embora não tenha sido objetivo específico desta RIL o estudo dos clusters, esta ideia pode trazer um conhecimento específico aos enfermeiros, permitindo antever um conjunto de sintomas, face a uma situação, antecipando os cuidados prestados e prevenindo a sua ocorrência, até porque como afirma Dodd, Miaskowski, et al. (2001, p.469), os clusters têm um “efeito negativo nos *outcomes* dos utentes, e podem ter um efeito sinérgico e preditor de morbilidade”.

Em suma, considera-se importante salientar algumas competências do EE, definidas pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), uma vez que cabe ao EE em PSC gerir “medidas farmacológicas (...) e não farmacológicas no alívio da dor”, que no âmbito deste relatório, contribuem para o controlo dos múltiplos sintomas

apresentados, demonstrando “conhecimentos na gestão de situações de sedoanalgesia”. Neste sentido e face aos diversos estudos analisados, podemos inferir que quanto aos sintomas manifestados, estes diferem um pouco de estudo para estudo, porém e tendo em consideração o contexto específico de UCI, os sintomas mais manifestados pelos utentes são o cansaço, a dispneia, a sede, a ansiedade e o delírio (Li & Puntillo, 2006; Nelson et al., 2001; Perpina-Galvan & Richart-Martinez, 2009; Puntillo et al., 2012).

Assim e tendo em consideração o contexto de SU e UCI, uma das funções dos enfermeiros, passa pela identificação e o controlo dos múltiplos sintomas que os utentes manifestam, principalmente aqueles que estão incapacitados de os verbalizar, quer pela necessidade de terapias invasivas, como seja a ventilação mecânica, quer pela degradação do estado de consciência, imposta pela sedoanalgesia ou pela patologia base. Neste sentido, e tendo em conta a ideia apresentada Bender, Janson, Franck, & Lee (2018), podemos concluir que a utilização da teoria de controlo de sintomas, associada ao desenvolvimento do pensamento e da competência, definidos ao longo do modelo de Dreyfus de Benner, permitem ao enfermeiro, através da intervenção que desenvolve e com recurso da monitorização e sua interpretação, controlar a frequência e intensidade dos sintomas, promovendo desta forma, o controlo do *distress* associado.

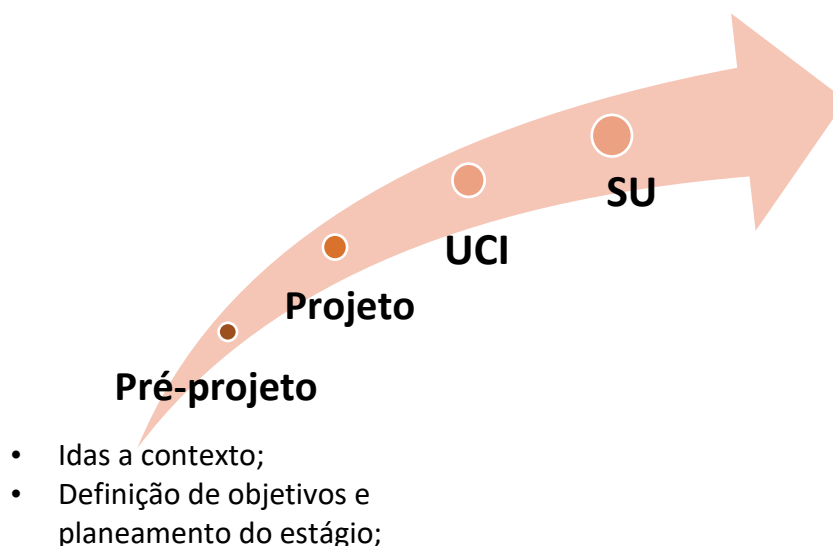
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, pretende-se desenvolver uma análise descritiva e fundamentada, do percurso de aquisição de competências desenvolvido no 3º semestre do presente mestrado, com recurso a uma análise crítica das atividades realizadas, tendo por base as competências de Mestre (definidas para o 2º ciclo de estudos), os objetivos do CMEPSC, e as competências comuns e específicas do EE, na área da Pessoa em Situação Crítica.

Para tal, serão apresentados os locais de estágios selecionados, face às oportunidades formativas expectáveis, desenvolvendo-se uma breve contextualização dos mesmos.

De forma a facilitar o planeamento do 3º semestre, elaborou-se um cronograma que se encontra como Apêndice 1, e desenvolveu-se o diagrama 3, como forma de esquematizar percurso delineado.

Diagrama 3. Desenho do Percurso.



3.1 Locais de estágio

De forma a selecionar e contextualizar os locais de estágio, realizaram-se 4 idas a contexto (2 em contexto de UCI e 2 em contexto de SU), que permitiram selecionar os locais de estágio, que melhor se adequam às competências a serem adquiridas, e que contribuíram para o planeamento do presente percurso. Em cada uma delas, conversou-se com os Srs. Enfermeiros Chefes de cada serviço, aos quais foi apresentado o projeto, identificando-se áreas de intervenção em cada contexto, que permitiram planear e organizar os períodos de estágio, delineando os objetivos e planeando atividades, que substanciaram este relatório.

Face às informações recolhidas durante as idas a contexto e aos objetivos traçados, optou-se por realizar um estágio em contexto de SU e outro em contexto de UCI, tendo-se dividido as 500 horas totais, de igual forma. Assim, realizou-se o estágio de UCI de 1 de outubro a 24 de novembro, e o de SU de 26 de novembro a 8 de fevereiro.

3.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos

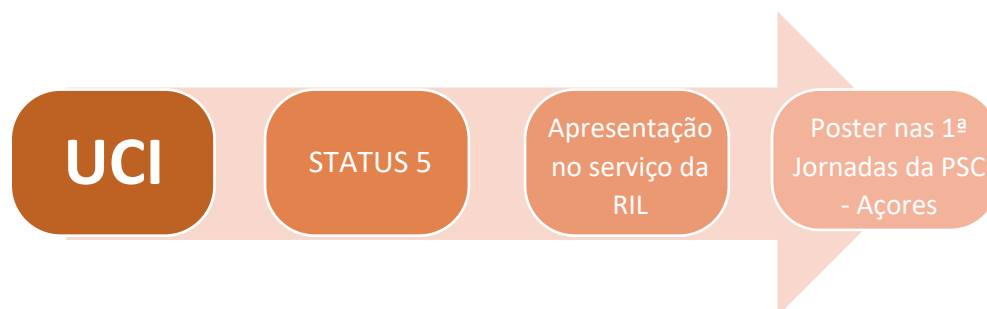
Por definição as UCI são locais qualificados, que assumem a “responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências” (DGS, 2003, p.6). Embora a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, defina 3 níveis de UCI, consoante a necessidade de monitorização e prestação de cuidados invasivos, a DGS (2003), afirma que em Portugal, as UCI referem-se às unidade de nível III, que por definição devem ter quadros próprios com equipas em presença física durante 24 horas, com recursos a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispendo de medidas de controlo contínuo de qualidade, possuindo programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Assim, selecionou-se uma UCI no concelho de Lisboa, que recebe utentes do foro médico e cirúrgico, dado aumentar a possibilidade de desenvolver competências importantes na gestão do doente crítico, permitindo por exemplo, interagir com vítimas de trauma e do foro neurocrítico. Para além disso, é uma unidade que se tem preocupado e investido, em implementar protocolos terapêuticos, desenvolvendo uma intervenção promotora da integração da família junto do utente. Esta UCI tem

capacidade para 9 camas, porém por contingências de recursos humanos, têm apenas 8 em funcionamento, com capacidade para 2 utentes em isolamento.

Como forma de esquematizar, o percurso de aquisição de competências neste contexto, desenvolveu-se o diagrama 4, com as principais atividades desenvolvidas.

Diagrama 4. Percurso na UCI.



3.1.2 Serviço de Urgência

O Despacho n.º 10319/2014, define 3 níveis de resposta dos SU (serviços de urgência básico - SUB; médico-cirúrgico - SUMC; e polivalente - SUP), consoante os recursos e capacidades de resposta de cada um. Neste sentido selecionou-se um SUMC do distrito de Lisboa, que por definição corresponde ao 2º nível de resposta às situações de urgência, e que segundo o despacho anterior, se localiza como “forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB, e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p.20763).

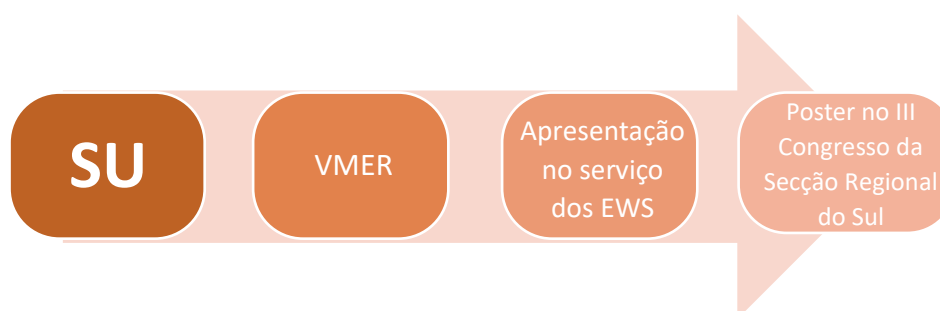
Este SU, apresenta diversas especialidades médicas como sejam: Cardiologia; Dermatologia; Gastroenterologia; Medicina interna; Neurologia; Pediatria; Pneumologia; e Psiquiatria. Como especialidades cirúrgicas: Cirurgia geral; Ginecologia/Obstetrícia; Otorrinolaringologia; Urologia; Ortopedia; e Oftalmologia. A nível físico, é composto por 2 postos de triagem, 1 balcão, 1 sala de reanimação e 1 serviço de observação (SO), com capacidade para 15 doentes monitorizados e com dois períodos de visita, num total de 1H de visita diária.

Ao longo do período de permanência no SU, surgiu a oportunidade de realizar um período de estágio, em contexto da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), alojada ao serviço em questão, com o objetivo de acrescentar uma visão

diferenciada do contexto extra-hospitalar, de forma a contribuir para a prestação continuada de cuidados em ambiente intra-hospitalar, compreendendo o papel do enfermeiro na díade entre médico e enfermeiro, num ambiente diferente ao qual estou habituado a prestar cuidados.

Como forma de esquematizar o percurso de aquisição de competências neste contexto, desenvolveu-se o diagrama 5, com as principais atividades desenvolvidas.

Diagrama 5. Percurso no SU.



3.2 Análise crítica do percurso de aquisição de competências

Conforme referido anteriormente, para o desenvolvimento deste percurso delinear-se dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de SU e UCI;
- Desenvolver competências na avaliação, controlo e gestão de sinais e sintomas da pessoa em situação crítica.

Assim e de forma a dar respostas aos objetivos gerais supracitados, teve-se por base as 5 competências de Benner anteriormente selecionadas, definindo-se objetivos específicos para cada uma. Neste sentido, desenvolver-se-á uma análise crítica, face às atividades realizadas e às competências adquiridas em cada grupo, tendo por base o percurso realizado ao longo do período de estágio, e as competências a serem alcançadas.

3.2.1 Competência da função de ajuda:

- Conhecer o espaço e recursos existentes em cada serviço (tais como normas e protocolos), prestando cuidados de enfermagem de forma dinâmica e articulada com a equipa multiprofissional;

Ao longo das horas de contacto, fui-me integrando nos serviços, conhecendo as rotinas de cada um, bem como a equipa multiprofissional, o que permitiu compreender as relações e metodologias de trabalho existentes, desvendando campos de intervenção/ação no desenvolvimento de competências, e facilitando a articulação com a equipa multiprofissional. Ao longo dos campos de estágio, manteve-se sempre uma postura proativa, na compreensão das diversas dimensões da PSC, articulando a prestação de cuidados sob orientação do enf. orientador, com as equipas de enfermagem, assistentes operacionais e médicos.

Procurou-se ainda conhecer as normas e protocolos existentes, dado o incremento de qualidade e segurança nos cuidados que asseguram, principalmente a quem, como eu naqueles contextos, não domina algumas técnicas e/ou o ambiente envolvente. Neste sentido Benner (2001, p.201), afirma que os protocolos são “directivas visando obter cuidados de qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados”, competindo aos enfermeiros peritos, através do seu julgamento clínico, “contornar as regras” para benefício do utente. Pois tal como afirmam Flynn & Sinclair (2005), os protocolos não devem substituir o julgamento clínico dos enfermeiros, pois como documentos abstratos, não têm em conta a sua experiência clínica, contudo é de salvaguardar que a sua existência torna-se importante, uma vez que funcionam como guias orientadores, para quem não domina o contexto, permitindo uma maior autonomia e desenvolvimento da tomada de decisão dos profissionais.

Assim em contexto de UCI, a existência de protocolos terapêuticos relacionados com a sedoanalgesia e vasopressores, hemoderivados, substituição de linhas arteriais (LA) e cateter venoso central (CVC), e isolamento por microrganismos multirresistentes, como seja o *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), contribuíram para melhorar a autonomia na prestação de cuidados, incrementando a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como na administração de fármacos, vigilância e monitorização hemodinâmica.

Em contexto de SU, destaco a existência de protocolos na administração terapêutica, cujo principal objetivo é o de garantir a segurança na administração medicamentosa, uma vez que face ao nível de alerta e ao volume de trabalho existente neste contexto, a probabilidade de erro aumenta. Assim destaco a identificação dos medicamentos LASA, com a inserção de letras maiúsculas segundo a recomendação da Norma 020/2014; a dupla validação por diferentes enfermeiros, da medicação contendo iões (como sejam o cálcio, o potássio e o magnésio); e no âmbito da transferência de utentes, o preenchimento da escala de “risco de transporte do doente crítico”, elaborada pela SPCI e OM (2008), como forma avaliar a necessidade de acompanhamento por uma equipa diferenciada, melhorando o *outcome* e segurança do transporte, e contribuindo assim para uma melhor gestão de recursos (quer humanos, quer materiais).

No que se refere ao contexto de VMER, a existência de *checklists* e protocolos/algoritmos de atuação, facilitam o pensamento e intervenção em ambientes desfavoráveis, principalmente em situações inesperadas, uma vez que à semelhança do que referido anteriormente face aos protocolos terapêuticos, asseguram maior segurança nos cuidados prestados, orientando o pensamento e intervenção nessas situações. Contudo é de referir que face à experiência vivida, considero que deve ser avaliada e repensada a gestão de recursos, dado existirem múltiplas ativações de meios diferenciados, para situações em que considero o seu contributo dúbio, como seja a ativação para saídas como paragem cardiorrespiratória (PCR), onde não existia a realização de manobras de suporte básico de vida (SBV) à vítima, e noutras situações, da impossibilidade de se saber à quanto tempo a vítima estaria em PCR, como sejam algumas situações de abertura de porta, onde a pessoa não era vista há mais de 12 horas, levando a que a intervenção dos meios diferenciados fosse a verificação do óbito, deixando outras situações críticas desfalcadas. Neste sentido, destaco a apresentação do Enfermeiro Emílio Leal, no III Congresso Ordem dos Enfermeiros da Secção Regional do Sul, onde apresentou a realidade da emergência extra-hospitalar, em vigor nos arquipélagos dos Açores, dando visibilidade ao papel do enfermeiro na estabilização, encaminhamento e melhoria do *outcome* da PSC neste contexto, contando para isso com diversas apresentações nacionais e internacionais, suportadas pelo Grupo Português de Triagem.

Outro aspeto a destacar, foi o conhecimento adquirido acerca do percurso do doente crítico, em cada contexto. Assim na UCI, e antes da admissão do doente crítico (proveniente do SU ou do Bloco), existia sempre um contacto prévio com o responsável médico do serviço, o que permitia uma preparação da equipa multiprofissional, facilitando a abordagem ao utente. Naquele contexto, o utente era sempre admitido pelo médico e enfermeiro responsável pela prestação de cuidados, existindo, contudo, uma ajuda da restante equipa na sua receção, monitorização e estabilização. Durante este processo, participei diversas vezes, sob supervisão do enf. orientador, no acolhimento dos utentes e familiares à unidade, que era iniciado aquando da sua receção, porém e partindo do pressuposto que este é um processo contínuo, era dada continuidade ao mesmo ao longo do internamento. Neste sentido, é ainda de destacar que compete ao EE, saber adaptar a informação a cada momento e a cada pessoa, consoante a transição e o momento que está a vivenciar (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No contexto de SU, e dada a dinâmica do serviço, o doente crítico é na sua maioria, admitido sem pré-aviso, existindo uma imprevisibilidade na prestação de cuidados. Porém todos os utentes adultos inscritos, eram admitidos pela triagem, onde face aos critérios estabelecidos pela triagem de Manchester, eram categorizados pelas 5 cores estabelecidas (dos quais todos os utentes com pulseira vermelha, eram referenciados para a sala de reanimação). Posteriormente, e conforme a sua gravidade, poderiam ser encaminhados para as especialidades de cirurgia/ortopedia e ginecologia, ou para os balcões de medicina (sendo que os utentes com pulseira de cor verde, eram encaminhados para a urgência de ambulatório).

Assim, e dada a imprevisibilidade na admissão do doente crítico, o processo de planeamento é dificultado, sendo feita uma distribuição dos enfermeiros pelas diversas áreas, consoante as suas capacidades e formação, de forma a facilitar o processo de prestação de cuidados e receção do doente crítico. Neste contexto, centrei a minha intervenção inicialmente na área da triagem, como forma de compreender o percurso do doente crítico e sua categorização, e posteriormente, sob orientação e aconselhamento do enfermeiro orientador, distribuí a minha intervenção entre o SO e a sala de reanimação, como forma de desenvolver competências na prestação direta de cuidados, bem como na gestão de situações de perigo iminente e de gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Para além disso e tendo por base que compete ao EE, gerir “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748), realizaram-se turnos com os enfermeiros chefes de serviço e responsável de turno, como forma de desenvolver competências quer na área de gestão organizacional (específicas de cada contexto), quer a nível de recursos materiais, humanos e gestão de conflitos.

Na UCI e na ausência do enfermeiro chefe, o responsável de turno assumia as funções de gestão, cumulativamente à prestação de cuidados, excetuando no turno da manhã. Assim e face às funções desempenhadas, tentei sempre que possível, e em parceria com o enfermeiro responsável, compreender e orientar o processo de transferência de utentes, bem como planear a receção de utentes na unidade, percebendo a importância da gestão do transporte, verificação da disponibilidade de vaga do serviço e da equipa de enfermagem, quer da equipa médica, para a sua efetuação, garantindo a disponibilidade de toda a equipa. Para além disso, tive a oportunidade de participar num processo de seleção, de novos monitores para a unidade, compreendendo a importância do trabalho em equipa, na seleção dos novos equipamentos, de forma a facilitar e melhorar a prestação de cuidados ao utente, face às necessidades de cada profissão.

É ainda de referir que durante o turno da manhã, o enfermeiro responsável de turno assiste à passagem médica, transmitindo intercorrências durante o turno da noite. Assim estas reuniões, permitiram-me ter uma visão global e mais abrangente do utente, compreendendo melhor a gestão e prestação de cuidados em contexto de unidade.

No que respeita ao SU, e dada a imprevisibilidade das situações e à necessidade constante de gestão de recursos materiais e humanos, o responsável de turno não estava na prestação de cuidados, ficando a seu cargo a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais; planeamento e gestão de vagas e transferências; gestão de conflitos; e acompanhamento dos familiares internados em SO. Para além disso, era ainda responsável, pelo planeamento, registo e atualização do plano de trabalho dos utentes em SO, como forma de salvaguardar a transmissão de informações essenciais, bem como a continuidade na prestação de cuidados, em caso de falha informática ou rotura do serviço.

- Prestar cuidados à família da pessoa em situação crítica, reconhecendo a sua importância enquanto recurso e alvo de cuidados.

O artigo 110 da Humanização dos cuidados, da Lei n.º 156/2015 (2015), prevê a importância da inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem. Para além disso, Mackie et al. (2018, p.139) numa revisão da literatura, demonstra a emergente preocupação do envolvimento da família em situações críticas, afirmando que existem “cada vez mais pesquisas, que sugerem o envolvimento da família na prestação de cuidados ao utente, sugerindo uma melhoria dos outcomes”. Existem assim diversas diretivas internacionais, que promovem a inclusão da família, durante a prestação de cuidados críticos aos utentes em internamento, como sejam em momento de reanimação (American Heart Association, 2015; Basol, Ohman, Simones, & Skillings, 2009; Bossaert et al., 2015, 2016; Boucher, 2010; Chong, Quah, Yang, Menon, & Radha Krishna, 2015; ENA, 2017; Goldberger et al., 2015; Morrison et al., 2010; Presence, Resuscitation, & Procedures, 2016; Principles & States, 2000; Wendover, 2012).

Contudo é de ressaltar que a nível nacional, esta problemática gera controvérsia, devendo a presença da família ser uma escolha, e quando consciente, ser ouvida a vontade do cliente. Assim, é necessário investir na formação dos profissionais de saúde, de forma a dar respostas às necessidades demonstradas. Neste sentido Batista et al. (2017, p.90), num estudo exploratório descritivo desenvolvido em Portugal, refere que é necessário ter-se em atenção, a cultura profissional/institucional dos serviços, no que respeita o envolvimento da família, concluindo que os enfermeiros participantes deste estudo “têm uma opinião de discordância sobre a presença de familiares em situações de emergência e reanimação no serviço de urgência de adultos”. Os mesmo autores referem ainda, que é necessário desenvolver mais investigação e promover uma reflexão, por parte dos profissionais nesta temática, de forma a contribuir para uma mudança da atitude e do paradigma, dos cuidados de enfermagem, permitindo “a presença da família em situações bem definidas em que depois do ABCDE estar estabilizado se inclua o F de família na prestação de cuidados na sala de emergência” Batista et al. (2017, p.90).

Neste sentido, tentei em cada um dos contextos, e tendo em consideração as dificuldades inerentes a cada um, envolver ao máximo a família no processo de recuperação do utente, participando ativamente como elemento facilitador neste

processo. Desta forma, acompanhei a família durante o período de visitas, facilitando o processo diário de acolhimento ao serviço, mostrando disponibilidade no momento da receção dos familiares, reconhecendo e estabelecendo uma relação com o familiar de referência, esclarecendo dúvidas ou questões, quando relacionadas com o âmbito dos cuidados de enfermagem, ou referenciando-o ao médico de serviço, quando extrapolava o campo de intervenção.

Conforme referi anteriormente, as características da UCI, facilitaram o processo de prestação de cuidados aos familiares, uma vez que dadas as características do serviço, existia a possibilidade de se adaptar o horário de visitas ao familiar de referências (desde que autorizado pela enfermeira chefe). Para além disso, tentei gerir a prestação de cuidados, em parceria com o orientador clínico, de forma a estar disponível, no momento da visita, mostrando abertura ao diálogo e permitindo-me estar presente, com o intuito de estabelecer uma efetiva relação de ajuda.

Neste sentido, reconheci a importância da comunicação com os familiares, de forma a que compreendam a necessidade e objetivo da monitorização invasiva utilizada, dado ser uma fonte de stress/ansiedade. Assim adotei como estratégia, a descrição antecipada do que os familiares iriam encontrar, de forma a criar uma representação visual da situação, facilitando o processo e diminuindo o choque no momento da visita (Benner et al., 2011).

Porém em contexto de SU e dada quer a imprevisibilidade na admissão do doente crítico, quer a inexistência de limite na admissão de utentes em SO, o planeamento e acolhimento aos familiares é dificultado, tentando-se contudo, manter o perfil anteriormente descrito no momento de visitas em SO. Em contexto de sala de reanimação, tentei sempre que possível, incluir a família nos cuidados prestados, sendo permitido na maioria dos casos, a sua presença após a estabilização primária do utente, existindo a preocupação na explicação antecipada da situação, e atribuição de significado sobre o estado de saúde familiar, bem como de qual o seu encaminhamento. Contudo é de ressaltar que esta situação apenas foi possível, graças ao apoio por parte do enfermeiro orientador, e à sensibilidade da equipa de enfermagem e cultura institucional, face a esta temática.

Por último é de ressaltar que o contexto de VMER, permitiu-me contactar com uma realidade completamente diferente e que me era desconhecida, do extra-

hospitalar. Aqui, são os profissionais de saúde, que entram no ambiente e na unidade da família, acontecendo por algumas vezes, serem ativados meios diferenciados para uma PCR, cujos primeiros intervenientes a realizar manobras de SBV são os familiares. Assim, tentei ao longo daquele período e em parceria com a equipa multiprofissional, ser um elemento facilitador na compreensão do cenário vivenciado, mostrando disponibilidade à família na compreensão da situação, contribuindo para o início do processo de luto, quando o desfecho esperado não era o melhor, partindo contudo da premissa de Benner et al. (2011, p.242), quando afirma que compete ao enfermeiros estarem disponíveis sem serem invasivos na abordagem, referindo que devem “discernir quão perto e quão longe devem estar dos utentes, de forma a estarem disponível sem serem intrusivo”.

3.2.2 Competências da função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente; da função de gestão eficaz de situações de evolução rápida; e da função de administração e vigilância de protocolos terapêuticos:

- Desenvolver competências na gestão de sintomas e monitorização contínua da pessoa em situação crítica;

A evolução tecnológica e científica, incrementam medidas de segurança e preocupação com os resultados da intervenção, quer de enfermagem quer de medicina. Para além disso, a tecnologia e a monitorização invasiva e não invasiva, são cada vez mais uma realidade e necessidade, nos cuidados prestados à PSC, como forma de garantir a estabilização hemodinâmica.

Ao longo do período de estágio e tendo em conta os diversos contextos, foi-me possibilitado manipular e compreender diversa tecnologia, como sejam o Índice Biespectral (BIS), a avaliação da Pressão Intracraniana (PIC), a utilização da Linha Arterial (LA), a avaliação da Pressão Intra-abdominal (PIA) e a Capnografia.

Tendo por base a competência 1.1, definida pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), de que compete ao EE em PSC, prestar “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, é imprescindível que estes profissionais compreendam e saibam manipular, a múltipla

tecnologia utilizada na prestação de cuidados. Pois tal como referido anteriormente e segundo Puntillo et al. (2008), os enfermeiros recorrem a sinais fisiológicos, de forma a inferirem sintomas, quando os utentes estão incapacitados para os manifestar. Neste sentido, Andrews & Nolan (2006, p.561) afirmam ainda que a monitorização é “parte crucial dos cuidados à PSC em contexto de SU como resposta fisiológica à doença crítica, melhorando o *outcome* do utente”.

Diversos autores salvaguardam, a importância do papel do enfermeiro na avaliação e interpretação da monitorização, colhendo dados fisiológicos, que contribuem para uma tomada de decisão consciente e orientada, intervindo/prevenindo situações de evolução rápida, e desta forma, melhorar a segurança dos cuidados, prevenindo complicações associadas (Nunes et al., 2015; Queiroz, Holanda, Maia, & Morais, 2012; Venturi et al., 2016).

Assim e em contexto de UCI, uma das maiores dificuldades que senti, foi a necessidade de compreender a ampla utilização tecnológica, na monitorização hemodinâmica e invasiva do doente crítico. Dado o meu contexto profissional em SU, não estava familiarizado com a monitorização utilizada em contexto de UCI. Contudo e tendo em consideração a temática deste relatório, senti necessidade de investir nesta área, compreendendo o modo de funcionamento e principais informações, quer através de diálogos com enfermeiros peritos e especialistas, existentes no serviço, quer através de pesquisa bibliográfica feita sobre o assunto. Neste sentido, desenvolvi ainda competências na compreensão dos sinais fisiológicos, manifestados pelos utentes incapazes de se expressarem verbalmente, como indicadores de possíveis sintomas, intervindo por exemplo na gestão da sede, através da hidratação oral e dos lábios, e promovendo uma correta higiene oral.

Quanto ao contexto de SU, considero que uma das principais aprendizagens que desenvolvi, no que concerne à monitorização da PSC, foi a utilização da capnografia em contexto de PCR. Cada vez mais esta tecnologia, tem sido utilizada, com recurso durante a reanimação, contribuindo não só como forma de avaliar e melhorar a eficácia das manobras de SAV, bem como preditor da recuperação/sucesso nas manobras de SAV (Kodali & Urman, 2014; Link et al., 2015).

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de falência orgânica, salvaguardando a qualidade dos cuidados prestados, e respeitando os princípios éticos e legais que regem a profissão;

Tendo por base o percurso do doente crítico, e as competências 1.1 de que o EE em PSC “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” do Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19363), e a competência B.1.1 de que o EE “mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” do Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4747), em contexto de UCI, foi-me possibilitada a prestação de cuidados a um vasto leque de doentes críticos, desde o utente de foro cirúrgico, como seja o neurocirúrgico, politraumatizado, ou mesmo o utente pós-cirúrgico grave com necessidade de monitorização invasiva, ao utente do foro médico, como seja o utente em falência respiratória ou multiorgânica.

Neste contexto, considero ter desenvolvido algumas competências, fulcrais na prestação de cuidados à PSC, como sejam o controlo da sedoanalgesia, com conseqüente controlo da dor (articulando a prestação de cuidados em equipa multiprofissional, e gerindo a dosagem da medicação, face a procedimentos invasivos); controlar/prevenir a lesão secundária no utente neurocrítico (através da avaliação e interpretação da PIC; reduzir os estímulos ambientais; controlar a eficácia da sedoanalgesia, face à interpretação do BIS; monitorizar a glicémia capilar, evitando oscilações); desenvolver conhecimentos acerca das modalidades ventilatórios e interpretação de dados, bem como na seleção do posicionamento mais adequado àquele utente, tendo em conta a sua instabilidade hemodinâmica, e/ou para promover a drenagem postural, prevenindo o controlo da infeção associada ao ventilador.

Em contexto de SU, e embora não pudesse participar de forma autónoma no processo de triagem, desenvolvi conhecimentos na triagem de Manchester, compreendendo o seu processo de aplicação e priorização do doente crítico, bem como da importância da referenciação e reconhecimento precoce de alguns sinais de alarme, principalmente no que se refere à ativação de vias verdes, tendo aplicado alguns protocolos em vigor. É ainda de ressaltar a existência de um projeto piloto de ativação de vias verdes, face aos sintomas apresentados na triagem, que funciona como elemento facilitador neste processo, assegurando a qualidade e segurança na prestação de cuidados, principalmente quando as triagens são realizadas por

elementos menos experientes, tendo sido premiado em 2018 pelo Grupo Português de Triagem.

Para além disso, e em contexto específico de sala de reanimação e VMER, desenvolvi conhecimentos e competências na abordagem do doente crítico, com recurso a protocolos orientadores do pensamento e intervenção (como seja o ABDCE na abordagem ao utente vítima de trauma, e a passagem de informação segundo a mnemónica do “ISBAR”, conforme Norma 001/2017), como forma de avaliação e priorização do utente a ser abordado, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como o *outcome* do utente.

Também em contexto de sala de reanimação, desenvolvi conhecimentos e competências na abordagem da via aérea, quer na garantia e manipulação, de uma via aérea avançada em estrita relação com a equipa médica, quer na implementação de intervenções autónomas de enfermagem, por exemplo na gestão da ansiedade, cansaço e dispneia, associada à utilização de ventilação não invasiva (VNI).

Considero ainda de ressaltar, que o período de estágio em VMER, permitiu-me compreender o papel do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, reconhecendo a sua relevância na estabilização, planeamento e efetivação do transporte do doente crítico, bem como da importância da monitorização, na deteção precoce do agravamento do seu estado clínico. Competências estas, que considero serem extrapoláveis para a realidade do intra-hospitalar. Sendo ainda de destacar, o trabalho de mestrado desenvolvido pelo Mestre Rui Gonçalves, que afirma que em contexto extra-hospitalar, os enfermeiros desenvolvem um conjunto de competências técnicas e científicas, dado que além da “destreza nos procedimentos e técnicas realizadas, é também necessário um vasto conjunto de conhecimentos científicos que permita aplicar da forma correta os cuidados necessários, contribuindo assim para uma diferenciação e melhoria da assistência”, tornando-se assim a investigação como uma “ferramenta de valorização profissional e aquisição de conhecimentos” (Gonçalves, 2017, p.80).

Neste sentido, considero que a antecipação de possíveis complicações, torna-se uma intervenção fulcral do EE, sendo necessário mobilizar um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos (resultantes de um investimento profissional), que articulados com a observação do utente (resultante da monitorização e interpretação,

e que explorada pelo conhecimento prático e refletido acumulado dos EE), e com recurso aos conhecimentos resultantes de experiências anteriores (fruto de vivências e reflexões orientadas), permitem a estes profissionais, antecipar potenciais complicações, atuando em estreita parceria com o médico, e com recurso aos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), garantindo um transporte seguro e com o mínimo de complicações (Benner, 2001; Handel et al., 2011).

Machado, Pessini, & Hossne (2007, p.35) afirmam que “estabelecer limites aos atos é um desafio ético-educacional”. Assim é de ressaltar que segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4746), compete ao EE demonstrar “uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, e que segundo o Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008, p.3842), é competência de Mestre, a integração de conhecimentos e desenvolvimento de questões complexas, emitindo juízos em situações de “informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”.

Em contexto de UCI, deparei-me diversas vezes, com situações de decisão de não investimento, e conseqüente fim-de-vida, que mereceram a minha reflexão, uma vez que a abordagem da temática do controlo de sintomas, é muitas vezes associada aos cuidados paliativos. Para além disso, esta problemática torna-se cada vez mais emergente nas sociedades atuais, referindo já o OPSS (2016, p.123) que deve fazer parte do “currículo conducentes ao exercício de profissões na área da saúde”. Porém e não sendo esse o objeto principal da minha problemática, mas face à realidade que fui vivenciando, sentiu-se necessidade de desenvolver um jornal de aprendizagem, aprofundando conhecimentos teóricos na questão dos cuidados paliativos, em contexto de cuidados intensivos.

Concluí neste processo, que a gestão de sintomas é muitas vezes associada aos cuidados paliativos, existindo alguma dificuldade na sua implementação em contexto de UCI. Porém e tal como afirmam Machado, Pessini, & Hossne (2007, p.41), os profissionais de saúde sabem manusear alta tecnologia, porém nem todos estes sabem lidar eficazmente com processos de fim-de-vida, tornando-se necessário resgatar urgentemente, o “verdadeiro sentido de cuidar”, devendo-se manter em mente que “nem sempre curar é possível”. Assim e apercebendo-me da importância, fragilidade e vulnerabilidade do doente crítico, principalmente no que concerne à

temática do fim-de-vida, face ao constante avanço da medicina e da tecnologia, que persiste em manter/prolongar a vida dos utentes, é importante que se questione e pondere o custo das intervenções, face à qualidade de vida dos clientes após o internamento.

Neste sentido, e ao longo do períodos de estágio, pautei por desenvolver uma prática baseada nos princípios deontológicos, reguladores dos cuidados de enfermagem, que decorrem quer do código deontológico legislado pela Lei n.º 156/2015, quer do REPE legislado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, como forma orientadora à minha intervenção. Assim tentei promover por exemplo, o envolvimento do utente no processo de tomada de decisão, sobre a sua condição clínica, dando-lhe a liberdade de quando consciente, escolher ou não, ser submetido a determinado tratamento, de forma a diminuir a vulnerabilidade implícita ao contexto hospitalar, que enquanto condição humana, não está presente apenas no utente internado, mas está também intimamente relacionada com os seus familiares e profissionais de saúde, que constantemente estão expostos a situações de vulnerabilidade acrescida (Carel, 2009; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).

Nunes (2015) num estudo em Portugal, realizado com enfermeiros com pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica, conclui que as temáticas mais apresentadas por este grupo relacionadas com a PSC, foram as da decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica); os dilemas na informação; a atuação diante dos processos de morrer; e a decisão de não reanimação. Assim e face aos cuidados paliativos em contexto de cuidados intensivos, parece-me que à luz dos princípios éticos, a beneficência e a não-maleficência estão em destaque nesta problemática, sendo necessário refletir e ponderar sobre cada um, evoluindo para um paradigma onde se discuta com o utente, quando possível, a sua vontade, de forma a dar primazia à sua autonomia, percebendo por exemplo, se este quer ser reanimado, ou que lhe sejam implementadas medidas terapêuticas invasivas.

- Promover e adotar medidas terapêuticas de enfermagem, na prevenção e controlo de infeção, associada aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

No que se refere à temática da prevenção e controlo de infeção, as abordagens foram diferentes, consoante cada contexto, existindo contudo, uma preocupação geral por parte dos EE de cada serviço, em potenciar medidas preventivas. Neste sentido,

destaco que segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19364), é competência do EE em PSC, maximizar “a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, e que segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4747), é ainda competência do EE, garantir “um ambiente terapêutico e seguro”.

Assim e no que se refere à UCI, foi-me possibilitado em alguns momentos, ter reuniões com um perito do serviço, que acumula funções como elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI), o que me permitiu conhecer melhor os protocolos, e principais preocupações do serviço nesta problemática, participando nos cuidados com o conhecimento das medidas implementadas, através por exemplo da utilização de esponjas com clorexidina, em utente com MRSA positivo; na higienização oral a todos os utentes sob VM, pelo menos 1 vez por turno, como medida preventiva da pneumonia associada ao ventilador; na prevenção das lesões oculares, por secura das mucosas, através de uma correta higiene e aplicação de lágrima artificial; e na implementação dos protocolos de manipulação/substituição das LA, CVC e cateteres vesicais.

No contexto de SU, e embora exista a preocupação no controlo de infeção, esta está dificultada pelo desconhecimento dos riscos de infeção, dos utentes presentes no SU. Porém e dado o período de estágio coincidir com a época do surto de gripe, permitiu-me desenvolver conhecimentos nas medidas de isolamento, associadas à transmissão por gotículas, implementando medidas nos utentes com suspeita por exemplo de H1N1, como seja a não realização de aerossóis, dado o risco de disseminação. Para além disso, tive a oportunidade de lidar com 2 casos de Meningite, o que possibilitou compreender melhor esta patologia, bem como os cuidados de isolamento necessários, tendo conseguido participar e informar a família, dos cuidados necessários à prevenção do contágio.

É ainda de referir, que segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19364), compete ao EE em PSC cuidar “da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe”. Neste sentido tive ainda a oportunidade, de compreender o papel diferenciado do EE, no controlo e prevenção da disseminação de dois surtos (considerando esta situação como exceção), um em contexto de UCI e outro em contexto de SU.

Assim, uma das aprendizagens que retive, foi a importante dos EE conhecerem os protocolos e normas, emanadas pela DGS, sobre os surtos presentes no seu contexto, dado que lhes compete incutirem a preocupação e a necessidade da implementação, de medidas preventivas no contágio e disseminação, da patologia em questão. Porém em contexto de SU, todo este processo se torna desafiante, pois o desconhecimento da história do utente, a inexistência de um diagnóstico e a sobrelotação de utentes, dificulta a implementação de medidas de isolamento. Contudo cabe muitas vezes ao enfermeiro que está de triagem, com o seu olhar crítico, e fazendo uso da intuição referida por Benner & Tanner (1987), identificar potenciais casos suspeitos, e implementar medidas de prevenção e controlo do surto.

Considero ainda de ressaltar, que no que respeita ao contexto de VMER, e face ao tempo de contato que tive, considerarei este ambiente como o mais adverso, atribulado e complexo, no que se refere ao controlo de infeção. Pois o fato de se estar exposto a condições meteorológica adversas (como com chuva e vento), de não se estar num ambiente controlado (em alguns casos com péssimas condições de higiene), e na sua maioria, em cenários difíceis onde a morte é quase iminente, implicam um desafio para os profissionais. Neste sentido uma das estratégias que existe, é a da preparação antecipada de algum material, de forma a evitar a sua manipulação em ambiente adversos, como sejam os sistemas de soros e material para entubação orotraqueal, facilitando a sua utilização e diminuindo o número de manipulações.

3.2.3 Competência da função de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados:

Uma das competências de mestre, definidas pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008, p.3842) é a de que devem possuir conhecimentos que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”, sendo ainda capazes de “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”. Para além disso e segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), compete ao EE, o desenvolvimento de uma prática clínica baseada em evidência científica, identificando lacunas no

conhecimento; participando ativamente em processos de investigação; e contribuindo para a produção de novo conhecimento e melhoria/desenvolvimento, de uma prática clínica especializada.

É de referir que, no início deste processo e face à necessidade, de melhor compreender a teoria de suporte selecionada, reuni com a Professora e Mestre Eunice Henriques, que tendo por base a sua perícia nesta temática, me permitiu compreender melhor a necessidade e importância, do suporte teórico como orientador do pensamento e intervenção do enfermeiro, tendo retirado diversos contributos, que foram essenciais ao planeamento e estruturação do presente relatório.

Assim e face ao objetivo de:

- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento, numa área específica da Enfermagem e consciência crítica, para os problemas atuais da disciplina;

Adotei uma postura proativa, no desenvolvimento de conhecimento teóricos nos vários contextos, principalmente em áreas que me eram desconhecidas, reconhecendo as minhas limitações e articulando a pesquisa científica, aos conhecimentos dos enfermeiros peritos, especialistas e dos orientadores de cada serviço, como forma de validação e discussão dos resultados encontrados. Pois tal como afirma Mendes (2016), o orientador clínico assume um papel positivo no processo de aprendizagem reflexiva. Destacando por exemplo a prevenção de lesão secundária associada ao doente neurocrítico, os cuidados associados à manipulação do utente sob VM, e a abordagem ao utente politraumatizado.

No que se refere às situações de catástrofe, e embora não tivesse tido casuística no contato direto com as mesmas, tentei compreender junto do enfermeiro chefe do SU, quais as estratégias encontradas e delineadas para estas situações, tendo-me sido facilitado o acesso, aos protocolos existentes. Para além disso, e de forma a ter contacto com uma maior variedade de situações, compreendendo e explorando algumas temáticas de interesse, frequentei o congresso “Status 5” cujo resumo das principais conclusões e aprendizagens, se encontra como apêndice 2.

Realizou-se uma apresentação em contexto da UCI, onde se abordou a problemática do controlo de sintomas na naquela realidade, destacando alguns contributos da RIL efetuada e reforçando o papel do EE nesta temática (ficando a

apresentação como apêndice 3). Para além disso, realizou-se também uma apresentação em contexto de SU, onde se abordou a temática dos Early Warning Scores (EWS), como recurso à identificação precoce da deterioração da PSC, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Tendo-se para isso, trabalhado em articulação com o orientador clínico e com o grupo hospitalar, responsável pelo projeto de implementação de uma escala neste âmbito (ficando a apresentação como apêndice 4).

Considero ainda, que o desenvolvimento do jornal de aprendizagem anteriormente referido, intitulado de “Cuidados Paliativos VS Cuidados Intensivos: Qual o papel do Enfermeiro Perito”, bem como o percurso reflexivo desenvolvido ao longo da prática clínica, suportado pelo apoio e orientação dos orientadores clínicos e da orientadora deste relatório, contribuíram para o desenvolvimento da perícia, inerente ao modelo de Benner (2001, p.32), quando afirma que a perícia se desenvolve “quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”.

Emerge assim, a necessidade de se manter uma prática reflexiva, que permita avaliar e ponderar a nossa intervenção, extraíndo conclusões e melhorando os cuidados prestados, na medida em que tal como afirma Mendes (2016, p.3) “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro”. Neste sentido, e salvaguardando que compete ao EE gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, adotei ao longo de todo o período de estágio, uma postura reflexiva sobre a minha prática profissional, recorrendo a metodologias como sejam os *debriefings*, como forma orientadora do processo reflexivo, que em parceria com os enfermeiros orientadores, permitiu melhorar a prestação de cuidados e o trabalho em equipa, pois tal como afirmam Courtenay, Nancarrow, & Dawson (2013), “as mudanças nas práticas e no trabalho em equipa, são cruciais para melhorar a segurança dos utentes”.

Considero ainda de ressaltar, que embora exista uma maior preocupação por parte dos enfermeiros nesta temática, foi em contexto do extra-hospitalar, em que senti que esta prática estava mais enraizada na intervenção e relação multiprofissional (principalmente entre médico e enfermeiro), aproveitando diversos momentos, quer durante a abordagem ao doente crítico, quer após a sua estabilização, para se

desenvolver uma abordagem reflexiva, que melhorasse o *outcome* daquele utente (Courtenay et al., 2013; Coutinho, Martins, & Pereira, 2014; Devilly, Wright, & Gist, 2003; Guimarães, Guimarães, Neves, & Cistia, 2007; Hammerle, Devendorf, Murray, & McGhee, 2017). Assim, é de referir que já nas *guidelines* de 2015, a American Heart Association recomendava, os “*hot debriefings*” dada a sua importância no trabalho em equipa e individual, principalmente em momentos pós reanimação.

Quanto aos objetivos de:

- Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio, e divulgar o conhecimento científico produzido;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, elaborar projetos de investigação coerentes.

Tendo por base que a Enfermagem é uma ciência, com um corpo de conhecimento próprios, é importante que os seus profissionais desenvolvam investigação na sua área, contribuindo para a construção profissional e conseqüente desenvolvimento científico (Jurado, Gomes, & Dias, 2014; Pires, 2009; Santos & Oliveira, 2003). Neste sentido Pires (2009, p.744) afirma que a “Enfermagem enquanto disciplina do âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado”.

Desenvolveu-se uma RIL com a questão de investigação de “Qual a importância do controlo de sintomas da pessoa em situação crítica, enquanto cliente de enfermagem, na UCI?”, como forma de aprofundar conhecimentos e competências, relacionadas com uma metodologia científica e como forma de melhorar, o suporte teórico à intervenção de enfermagem em contexto de UCI. Para além disso e tendo em conta, que é através da produção científica e sua publicação, que a Enfermagem se assume e afirma enquanto disciplina independente, produziu-se um artigo científico, resultante da investigação desenvolvida, que se encontra a aguardar revisão para publicação.

Como forma de expor os resultados do trabalho realizado, desenvolvendo competências na transmissão de informação, quer a peritos quer a não peritos, articulando a capacidade de síntese e seleção do conteúdo a transmitir, apresentou-

se ainda um póster intitulado de “Controlo de sintomas na pessoa em situação crítica: da apreciação à tomada de decisão em enfermagem”, nas 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada, tendo sido premiado com o 1º prémio (ficando o poster e comprovativo de participação como Apêndice 5 e Anexo 1, respetivamente, e o resumo das principais aprendizagens desta conferência, como Apêndice 6). Para além disso, fui coautor no póster intitulado de “O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção do enfermeiro perito”, apresentado no III Congresso da Secção Regional do Sul em Faro (ficando o póster e comprovativo de participação como Apêndice 7 e Anexo 2, respetivamente).

Por último e tendo por base as aprendizagens desenvolvidas na problemática do transporte da PSC, e face à competência B1.2 de que o EE “Orienta projetos institucionais na área da qualidade” definida pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4747), desenvolvi no meu contexto de trabalho, uma norma de transporte de doente crítico, cujo objetivo foi o de orientar o pensamento multidisciplinar e processo de transferência de um utente, para outra unidade hospitalar, garantindo a segurança e o mesmo nível de cuidados, durante todo o processo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face aos novos desafios profissionais, sociais e económicos que cada vez mais se impõem, e tendo em consideração a evolução científica e tecnológica, a que assistimos diariamente nos contextos de saúde, torna-se premente que os enfermeiros adquiram novos conhecimentos, investindo na sua produção, de forma a contribuírem para o desenvolvimento da disciplina, dando maior visibilidade à profissão de enfermagem.

Assim, a especialização assume-se cada vez mais, como elemento diferenciador e de garantia da qualidade dos cuidados, pois tal como afirma Lopes et al. (2018), a formação e a especialização em enfermagem, conferem aos enfermeiros a possibilidade de construírem uma carreira, adquirindo conhecimentos especializados e desenvolvendo capacidades de decisão e competências clínicas, melhorando a relação interprofissional e a qualidade/segurança dos cuidados prestados.

Tendo por base que este relatório, se insere no percurso de aquisição de competências anteriormente descrito, pretendeu-se demonstrar o percurso realizado ao longo do 3º semestre deste mestrado, especificando as competências alcançadas face aos objetivos delineados, às competências de mestre definidas pelo Decreto -Lei n.º 74/2006, aos objetivos do CMEPSC, às competências comuns do EE definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, bem como às competências do EE em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização da PSC definidas pelo Regulamento n.º 429/2018. Considera-se assim, que se atingiram os objetivos gerais e específicos traçados, uma vez que este percurso, conduziu ao desenvolvimento de um conjunto importante de competências, que permitiram compreender o papel, enquanto futuro EE na vertente da PSC e mestre em enfermagem.

Este relatório, substanciou ainda o percurso e crescimento académico, no desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre, como sejam a capacidade de síntese e exposição de ideias resultantes do próprio pensamento; de projeção de objetivos; de mobilização, pesquisa e articulação de autores relevantes, que sustentem o pensamento próprio de enfermagem e a prática clínica do EE; e a produção de novo conhecimento numa determinada área, como contributo para o

desenvolvimento de conhecimentos próprios e específicos, na área e ciência de enfermagem.

Para além disso, as múltiplas atividades realizadas nos contextos clínicos, sob orientação e tutoria dos enfermeiros e professora orientadora, permitiram o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos teóricos e conceptuais, abordados ao longo das unidades curriculares do presente mestrado, mas também de novas oportunidades pedagógicas, que surgiram em contexto clínico, levando-me a questionar e refletir sobre a minha prática profissional. Neste sentido, cada contexto apresentou-se como uma fonte ímpar neste percurso, dado que as situações vivenciadas, em articulação com a procura bibliográfica e a reflexão sobre a prática clínica, permitiram um crescimento pessoal e profissional.

É ainda de ressaltar, as principais competências adquiridas nos diversos contextos. Assim a nível da UCI, compreendeu-se o papel do EE na dinamização da equipa, de forma a prevenir e controlar a infeção; no manuseamento, interpretação e intervenção, face à análise dos dados obtidos através da monitorização invasiva e hemodinâmica; bem como do contributo do EE, na valorização dos sinais e possíveis sintomas dos utentes, incapazes de se expressarem de forma autónoma. Quanto ao contexto de SU, ressalva-se a importância do EE na avaliação dos sinais e sintomas manifestados pelos utentes, priorizando-os e ativando vias verdes, face aos potenciais riscos; em dinamizar a equipa e os utentes no controlo de surtos, minimizando a possibilidade de contágio; bem como do papel que desempenham na promoção de reflexões como sejam os *debriefings*, como instrumento de crescimento pessoal e profissional, e conseqüente melhoria dos cuidados prestados e do trabalho em equipa. Por último, e no que respeita ao contexto de VMER, destaca-se o papel do EE na díade entre médico e enfermeiro, uma vez que face a um ambiente adverso e com escassos recursos, é imprescindível o planeamento, monitorização e avaliação das situações, de forma a que seja possível orientar a equipa alargada de trabalho (com os TEPH), salvaguardando a qualidade e segurança dos cuidados prestados, melhorando assim o *outcome* do utente; salvaguarda-se ainda que o recurso a *checklists* e mnemónicas, funciona como incremento de segurança e qualidade dos cuidados, evitando a ocorrência de erro.

Considera ainda, que em todos os contextos, a família deve ser incluída como um membro da tríade terapêutica, e embora exista um vasto caminho a percorrer, o

EE pela visão e competências que adquiriu, deve insurgir-se como facilitador desse processo, salvaguardando sempre a vontade e privacidade do utente, garantindo assim, a inclusão da família no plano de cuidados.

Tendo por base o modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem, e partindo da premissa de Benner (2001, p.32) de que “a experiência é por isso necessária para a perícia”, considera-se que no final deste percurso, existiu um progresso no que se refere aos níveis de perícia, dadas as competências adquiridas e as atividades realizadas. Porém, é também de referir que este não é o fim do percurso, sendo necessário um *continuum* de investimento pessoal e profissional, na aquisição de perícia. Neste sentido e tendo consciência do percurso realizado, é importante transpor as aprendizagens efetuadas para o meu contexto profissional, de forma a que alicerçado nas competências adquiridas, se mantenha uma evolução profissional no percurso de perícia, implementando por exemplo, intervenções especializadas na vertente do controlo de sintomas da PSC, bem como na intervenção de enfermagem junto da família do doente crítico, pois tal como afirma Benner (2001, p.61) “a experiência em contexto de prática transforma a competência e melhora consequentemente a atuação da enfermeira, não menosprezando a teoria como fonte de conhecimento formal”.

Ao longo deste percurso, contactou-se a importância da utilização de teorias de enfermagem, como referenciais teóricos ao pensamento e à prática de enfermagem avançada. Assim, e no que se refere aos pressupostos da teoria de controlo de sintomas de Humphreys e colaboradores, e tendo por base que a incapacidade dos utentes/familiares de controlarem os sintomas, é o principal motivo pelo qual estes recorrem aos profissionais de saúde, pode-se afirmar que o papel do enfermeiro se centra na gestão da duração, frequência e intensidade dos sintomas manifestados. Devendo-se para isso e em articulação com a equipa médica e com a família, desenvolver intervenções autónomas e interdependentes no controlo dos sintomas (como sejam o cansaço, a dispneia e o medo), e na promoção e incremento da qualidade e da segurança dos cuidados (como seja uma correta monitorização do utente; a utilização de protocolos terapêuticos; e a realização eficaz de registos que demonstrem os cuidados prestados), tendo como intenção a melhoria dos *outcomes* (como sejam o controlo eficaz dos sintomas, e a inexistência de complicações).

Todo este percurso foi norteado, pela melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes, bem como pela garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados, aos utentes e seus familiares. Porém, é necessário que os profissionais de saúde estejam cientes e alertas, das consequências que podem advir do avanço do conhecimento e conseqüente longevidade, garantindo que todo o investimento no utente/família tem sempre por base, a vontade do próprio e a qualidade de vida dos serem humanos cuidados, pois tal como afirma o regulamento N° 429/2018 (2018, p.19360) “viver mais nem sempre significa viver melhor”. Sendo assim importante, o desenvolvimento da problemática da implementação de cuidados paliativos, em contexto de cuidados intensivos.

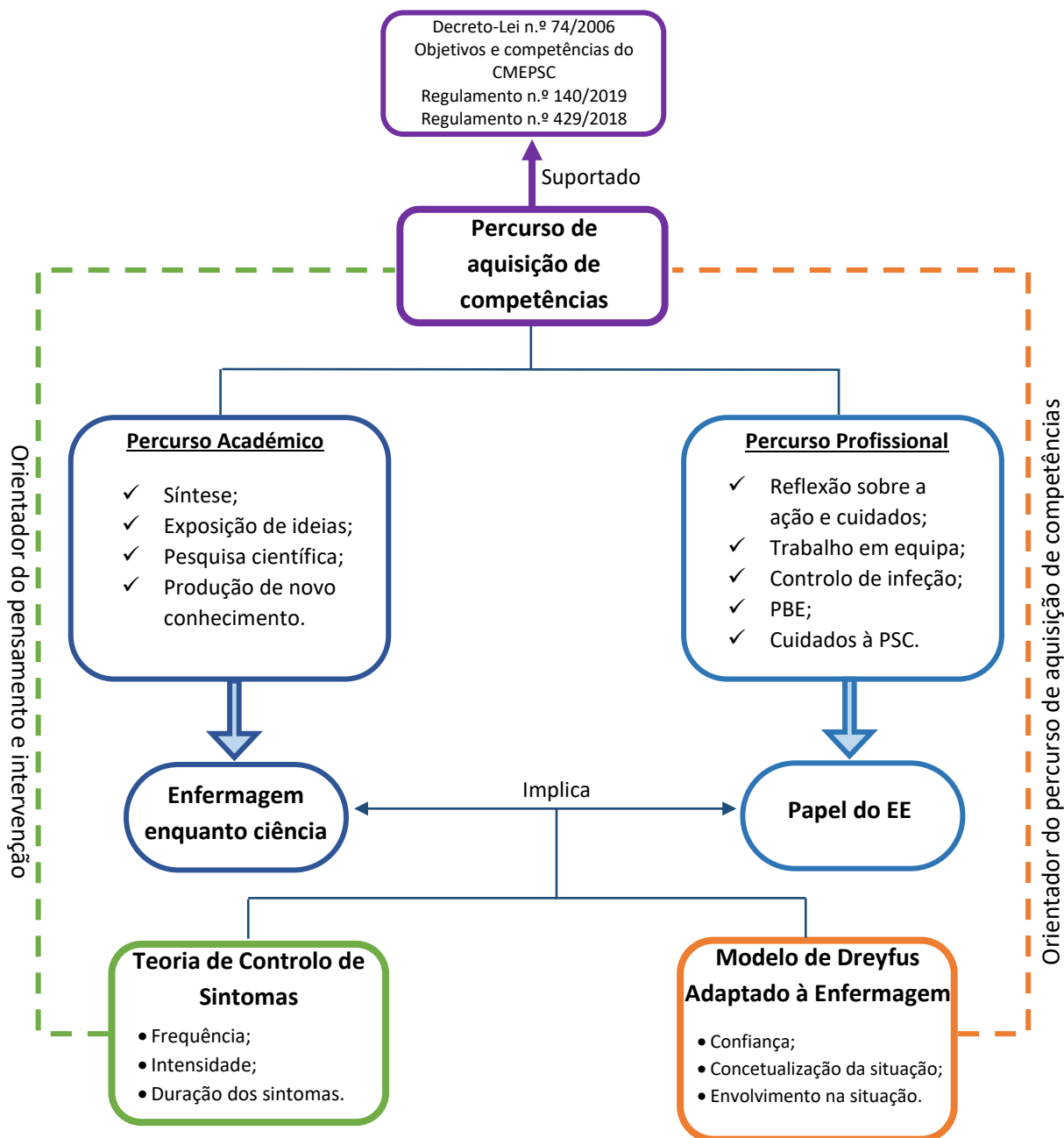
Considera-se ainda necessário, que a nível nacional e institucional, se invista na problemática da presença da família em contexto de sala de reanimação, promovendo o desenvolvimento científico nesta temática, envolvendo e alertando os profissionais de saúde para a sua importância, promovendo ações de formação, como forma de tomada de consciência e mudança das culturas institucionais.

Para além disso, e face ao meio extra-hospitalar, considera-se relevante que se invista no desenvolvimento das competências dos enfermeiros neste contexto, sendo necessário refletir sobre o seu papel, como garante de melhoria dos cuidados prestados, bem como no desenvolvimento de uma correta avaliação/triagem do utente, de forma a selecionar eficazmente os meios necessários ao socorro, evitando a sua ativação/utilização desnecessária.

De uma forma geral, considero ter demonstrado capacidades de análise crítica dos cuidados prestados, identificando áreas de interesse e de intervenção, dirigindo estratégias de melhoria das mesmas, assegurando uma prestação de cuidados integrada em equipa multiprofissional, orientada por valores e princípios éticos e deontológicos, suportada em evidência científica, objetivada na melhoria da qualidade de vida da PSC, em articulação com a sua família, de forma a combater a desumanização dos cuidados, conforme a ideia defendida por Wilson et al. (2019, p.1) quando afirmam que alguns “doentes críticos, sofrem de desumanização, durante o internamento, que se manifesta na perda da identidade pessoal, controlo da situação de saúde, respeito, privacidade e do sistema de apoio”.

Por fim e como forma de esquematizar a aquisição de competências, referente ao percurso desenvolvido, e tendo por base as duas teorias de suporte utilizadas, desenvolveu-se o seguinte diagrama 6, como conclusão a este relatório.

Diagrama 6. Mapeamento das principais conclusões.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association. (2015). 2015 AHA Guidelines update for CPR and ECC. *Circulation*, 132(18), S315–S367. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000269.

Andrews, F., & Nolan, J. (2006). Critical care in the emergency department: monitoring the critically ill patient. *Emergency Medicine Journal*, 23(7), 561–564. DOI: 10.1136/emj.2005.029926.

Basol, R., Ohman, K., Simones, J., & Skillings, K. (2009). Using research to determine support for a policy on family presence during resuscitation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(5), 237–247. DOI: 10.1097/DCC.0b013e3181ac4bf4.

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 83–92. DOI: 10.12707/RIV16085.

Bay, E., & Bergman, K. (2006). Symptom Experience and Emotional Distress After Traumatic Brain Injury. *Care Management Journals*, 7(1), 3–9. DOI: 10.1891/cmaj.7.1.3.

Bender, M., Janson, S., Franck, L., & Lee, K. (2018). Theory of symptom management. Em *Middle range theory for nursing* (4^o, pp. 147–177). New York: Springer publishing company.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra: Tipografia Arte Pronta.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2^o Edição, Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company.

Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, 87(1), 23–31. DOI: 10.2307/3470396.

Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., ... Steen, P. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 302–311. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033.

Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R.,

Haywood, K. L., ... Xanthos, T. T. (2016). Reply to Letter: Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Evidence-based guidelines? *Resuscitation*, 105, e5–e6. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2016.05.003.

Boucher, M. (2010). Family-witnessed resuscitation. *Emergency Nurse*, 18(5), 10–14. DOI: 10.7748/en2010.09.18.5.10.c7970.

Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. DOI: 10.4236/ojn.2013.38077.

Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 552–560. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200034.

Campbell, G. B., & Happ, M. B. (2010). Symptom Identification in the Chronically Critically Ill. *AACN Advanced Critical Care*, 21(1), 64–79. DOI: 10.1097/NCI.0b013e3181c932a8.

Campos, R., Vasconcelos, P., Magalhães, J., Barros, F., & Ramos, R. (2018). Pressão Positiva, Tratar Mais e Melhor. Em *Status 5*. Lisboa, 30 novembro 2018. Fórum Lisboa.

Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced nursing practice - A national framework*. Canadá: Canadian Nurses Association. Acedido a 18/01/2019. Obtido de https://www.cna-aiic.ca/en/~/-/media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.

Canadian Nurses Association. (2019). *Advanced practice nursing: A pan-canadian framework*. Canadá: Canadian Nurses Association. Acedido a 18/01/2019. Obtido de <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf?la=en&hash=E1387634D492FD2B003964E3CD4188971305469E>.

Carel, H. (2009). A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellman: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10(3), 214–219. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2009.00401.x.

Chong, J. A., Quah, Y. L., Yang, G. M., Menon, S., & Radha Krishna, L. K. (2015). Patient and family involvement in decision making for management of cancer patients at a centre in Singapore. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5, 420–426. DOI:

10.1136/bmjspcare-2012-000323.

Circular Normativa n.º 9. (2003). A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direcção Geral de Saúde de 14-06-2003*, 1–4. Acedido a 10/11/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Conchon, M. F., Nascimento, L. A. do, Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2015). Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 122–128. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100016.

Cossette, S., Frasure-Smith, N., Vadeboncoeur, A., McCusker, J., & Guertin, M.-C. (2015). The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 666–676. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.007.

Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). *Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review*. *Human Resources for Health* (Vol. 11). Human Resources for Health. DOI: 10.1186/1478-4491-11-57.

Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(N.º 2), 41–50. DOI: 10.12707/RIII1392.

Crewdson, K., Lockey, D. J., Røislien, J., Lossius, H. M., & Rehn, M. (2017). The success of pre-hospital tracheal intubation by different pre-hospital providers: a systematic literature review and meta-analysis. *Critical Care*, 21(1), 31. DOI: 10.1186/s13054-017-1603-7.

Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro - REPE. *DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A (21-4-1998)*, 1739–1757. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/175784>.

Decreto-Lei n.º 107/2008. (2008). Altera o Decretos-Leis n.º 74/2006. Concretiza o processo de Bolonha. *Diário da República, 1.ª série (N.º 121 de 25-06-2008)*, 3835-38–53. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/456200/details/maximized>.

Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional de

Enfermagem (REPE). *Diário Da República- I Série (N.º 205 de 04-09-1996)*, 2959–2962. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>.

Decreto-Lei n.º 230/2009. (2009). Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República, 1.ª série (N.º 178 de 14-09-2009)*, 6310–6312. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/489773/details/maximized>.

Decreto -Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, 1.ª série-A (N.º 60 de 24-03-2006)*, 2242–2257. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>.

Despacho n.º 10319/2014. (2014). Características da Rede de Serviços de Urgência. *Diário da República, 2.ª série (N.º 153 de 11-08-2014)*, 20673–20678. Acedido a 11/03/2019. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>.

Devilley, G. J., Wright, R., & Gist, R. (2003). A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl 1), 41–45. DOI: 10.1590/S1516-44462003000500010.

Direcção-geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Direcção-Geral de Saúde, Ed.). Lisboa: Gráfica Maiadouro. Acedido a 11/11/2018. Obtido de <https://www.saudecuf.pt/descobertas/areas-clinicas/outros-servicos/cuidados-intensivos>.

Dodd, M., Cho, M., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 101–110. DOI: 10.1016/j.ejon.2009.09.005.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.

Dodd, M., Miaskowski, C., & Paul, S. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Society*, 28(3), 465–470. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&sid=3d82e103-fc24-432c-840b-551f47311bb1%40sdc-v-sessmgr04&bquery=Symptom+clusters+AND+their+effect+%22on%22+the+functional+status+%22of%22+patients+with+cancer&bdata=JmRiPWE5aCZkYj1idGgmZGI9>

Y2doJmRiPWNoaCZkY.

Doran, D. M. (2003). *Nursing - Sensitive Outcomes: State of Science*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers.

Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: State of the Science (2º Edição)*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers.

ENA. (2017). *Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation*. Emergency Nurses Association. Estados Unidos da América. Acedido a 11/05/2018. Obtido de https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_16.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido a 11/05/2018. Obtido de <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-Objectivosecompetenciasportal.pdf>.

Fletcher, B. A. S., Dodd, M. J., Schumacher, K. L., & Miaskowski, C. (2008). Symptom Experience of Family Caregivers of Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), E23–E44. DOI: 10.1188/08.ONF.E23-E44.

Flynn, A. V., & Sinclair, M. (2005). Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 11(4), 142–149. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2005.00517.x.

Goldberger, Z. D., Nallamotheu, B. K., Nichol, G., Chan, P. S., Curtis, J. R., & Cooke, C. R. (2015). Policies allowing family presence during resuscitation and patterns of care during In-hospital cardiac arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(3), 226–234. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001272.

Gonçalves, R. M. P. (2017). *Perfil do enfermeiro para o exercício profissional na vmer*. Escola Superior de Saúde. Acedido a 11/01/2019. Obtido de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1975/1/Rui_Goncalves.pdf.

Guimarães, L., Guimarães, P., Neves, S., & Cistia, J. (2007). A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 15(1), 1–12. Acedido a 11/02/2018. Obtido de <https://www.metodista.br/revistas/revistas->

ims/index.php/MUD/article/viewFile/659/660.

Hammerle, A., Devendorf, C., Murray, C., & McGhee, T. (2017). Critical incidents in the ED. *Nursing Management*, 48(9), 9–11. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000522180.69005.1e.

Handel, D., Epstein, S., Khare, R., Abernethy, D., Klauer, K., Pilgrim, R., ... Sayan, O. (2011). Interventions to improve the timeliness of emergency care. *Society for Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1295–1302. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2011.01230.x.

Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um programa de enfermagem na gestão de sintomas e na adesão à terapêutica anti-retrovírica da pessoa adulta com infecção VIH/SIDA: Construção de uma problemática. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 30–38. Acedido a 05/05/2018. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_30-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_30-38(1).pdf).

Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 67–75. DOI: 10.1016/j.iccn.2017.08.008.

Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., ... Kennedy, C. (2008). Theory of Symptom Management. Em *Middle Range Theory for Nursing* (2^o edition, pp. 145–158). New York, NY: Springer Publishing Company.

Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., ... the University of California, S. F. (UCSF) S. of N. S. M. F. G. (2014). Theory of symptom management. Em M. J. Smitth & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (3^o Edição, pp. 141–164). New York: Springer publishing company.

Jurado, S. R., Gomes, J. B., & Dias, R. R. (2014). Dissemination of knowledge in nursing: from elaboration to the publication of a scientific paper. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 252–260. DOI: 10.5935/1415-2762.20140019.

Kodali, B., & Urman, R. (2014). Capnography during cardiopulmonary resuscitation: Current evidence and future directions. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 7(4), 332–340. DOI: 10.4103/0974-2700.142778.

Larson, P. J., Kohlman, V. C., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Gortner, S., ... Underwood, P. R. (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing*

Scholarship, 26(4), 272–276. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x.

Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., ... Shibata, S. (1999). An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*, 1, 203–210. DOI: 10.1046/j.1442-2018.1999.00027.x.

Lei n.º 156/2015. (2015). Estatuto da ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 181 — 16-10-2015), 8059–8105. Acedido a 11/11/2018. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.

Li, D. T., & Puntillo, K. (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*, 19(4), 216–219. DOI: 10.1016/j.apnr.2006.01.003.

Linder, L. (2010). Analysis of the UCSF symptom management theory: Implications for pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(6), 316–324. DOI: 10.1177/1043454210368532.

Link, M. S., Berkow, L. C., Kudenchuk, P. J., Halperin, H. R., Hess, E. P., Moitra, V. K., ... Donnino, M. W. (2015). Part 7: Adult advanced cardiovascular life support. *Circulation*, 132(18 suppl 2), 444–464. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000261.

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. (INESC-TEC, Ed.). Porto. Acedido a 11/11/2018. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf.

Machado, D. G. K., Pessini, L., & Hossne, W. S. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bio&thikos - Centro Universitário São Camili*, 1(1), 34–42. Acedido a 18/10/2018. Obtido de http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf.

Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, P. A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25(1), 131–140. DOI: 10.1016/j.colegn.2017.01.006.

McDaniel, R. W., & Rhodes, V. A. (1995). Symptom experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 232–234. DOI: 10.1016/S0749-2081(05)80002-6.

McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002).

Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. DOI: 10.1054/iccn.2002.1611.

Mendes, A. (2016a). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. DOI: 10.15359/ree.20-1.9.

Mendes, A. (2016b). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1–9. DOI: 10.1590/0104-07072016004470014.

Mendes, A. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0163.

Mitchell, P. (2018). Symptom science - a uniquely nursing arena. *International Nursing Review*, 65(3), 309–310. DOI: 10.1111/inr.12485.

Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., Idris, A. H., & Mancini, M. E. (2010). Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(suppl_3), S665–S675. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905.

Nelson, J. E., & Danis, M. (2001). End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now? *Critical Care Medicine*, 29(Supplement), N2–N9. DOI: 10.1097/00003246-200102001-00002.

Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., ... Morrison, R. S. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2), 277–282. DOI: 10.1097/00003246-200102000-00010.

Norma 001/2017. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, 1–8. Acedido a 11/12/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Norma 020/2014. (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes: Medicamentos LASA. *Diário da República I série (14-12-2015)*, 1–8. Acedido a 11/01/2019. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas->

e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014.aspx.

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. DOI: 10.1590/1983-80422015231059.

Nunes, R. R., Fonseca, N. M., Simões, C. M., Rosa, D. M., Silva, E. D., Cavalcante, S. L., ... Stefani, L. C. (2015). Consenso brasileiro sobre monitoração da profundidade anestésica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(6), 427–436. DOI: 10.1016/j.bjan.2015.10.001.

Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K., & Kitto, S. (2015). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 19(6), 1183–1202. DOI: 10.1111/hex.12402.

Oliveira, P. A. D. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 11/09/2018. Obtido de <http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>.

OPSS. (2016). *Saúde procuram-se novos caminhos: Relatório da Primavera 2016*. (OPSS, Ed.). Lisboa. Acedido a 11/09/2018. Obtido de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf.

OPSS. (2017). *Viver em tempos incertos - sustentabilidade e equidade na saúde: Relatório Primavera 2017*. (OPSS, Ed.). Lisboa. Acedido a 11/09/2018. Obtido de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf.

OPSS. (2018). *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*. (OPSS, Ed.). Lisboa. Acedido a 11/09/2018. Obtido de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Edição Portuguesa*. Lisboa: Lusodidacta.

Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avancada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *servir*, 55 Nº1-2, 11–20.

Perpina-Galvan, J., & Richart-Martinez, M. (2009). Scales for Evaluating Self-Perceived Anxiety Levels in Patients Admitted to Intensive Care Units: A Review. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 571–580. DOI: 10.4037/ajcc2009682.

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho.

Revista Brasileira de Enfermagem, 62(5), 739–744. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500015.

Presence, F., Resuscitation, D., & Procedures, I. (2016). AACN practice alert - family presence during resuscitation and invasive procedures. *American Association of Critical-Care Nurses*, 36(1), e11–e14. DOI: 10.1097/00044067-200501000-00011.

Principles, E., & States, U. (2000). Part 2: Ethical Aspects of CPR and ECC. *Resuscitation*, 46(1–3), 17–27. DOI: 10.1016/S0300-9572(00)00270-7.

Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155–2160. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181f267ee.

Puntillo, K. A., Neuhaus, J., Arai, S., Paul, S. M., Gropper, M. A., Cohen, N. H., & Miaskowski, C. (2012). Challenge of assessing symptoms in seriously ill intensive care unit patients: Can proxy reporters help? *Critical Care Medicine*, 40(10), 2760–2767. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31825b94d8.

Puntillo, K. A., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, 37(6), 466–475. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2008.02.002.

Queiroz, R. B., Holanda, M. M. de A., Maia, A. K. H. L., & Morais, L. C. S. L. (2012). Análise do uso do eletroencefalograma e do índice bispectral na unidade de terapia intensiva. *Revista Neurociencias*, 20(2), 302–310. Acedido a 18/12/2018. Obtido de http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2002/revisao_20_02/630_revisao.pdf.

Randen, I., Lerdal, A., & Bjørk, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 176–186. DOI: 10.1111/nicc.12012.

Reeves, E., Bernal de Pheils, P., Silva, S. G., Jaramillo, D., Uribe, T., Tiwari, A., ... Humphreys, J. C. (2019). Trauma-related symptoms and severity among women in the Pacific Rim. *Health Care for Women International*, 0(0), 1–16. DOI: 10.1080/07399332.2018.1531004.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744–

4750. Acedido a 22/02/2019. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-07-2018)*, 19359–19364. Acedido a 25/09/2018. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>.

Ribeiro, F., Newton, M., Freitas, P., Rocha, D., Leal, E., Santos, N., ... Marsden, J. (2017). Clinical telephone triage and advice in the Azorean archipelago: establishing the clinical utility and safety of the manchester triage system. Em *Meeting abstracts from the first European Emergency Medical Services congress (EMS2016)* (Vol. 25, p. A15). DOI: 10.1186/s13049-017-0358-0.

Robertson, L. C., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 11–14. DOI: 10.1016/j.mpaic.2012.11.010.

Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Acedido a 11/04/2018. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.

Santos, Z., & Oliveira, V. (2003). A pesquisa de enfermagem e o impacto do conhecimento produzido. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 7(2), 176–185. Acedido a 07/04/2018. Obtido de http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1100.

Sharpe, M., & Walker, J. (2009). Symptoms: a new approach. *Psychiatry*, 8(5), 146–148. DOI: 10.1016/j.mppsy.2009.03.016.

Shin, S. Y. (2014). Disability Intervention Model for Older Adults with Arthritis: An Integration of Theory of Symptom Management and Disablement Process Model. *Asian Nursing Research*, 8(4), 241–246. DOI: 10.1016/j.anr.2014.08.004.

Sidani, D. (2001). Symptom management - In invitational symposium. Em *NURSING AND HEALTH OUTCOMES PROJECT* (pp. 51–52). Toronto.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. (2008).

Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Acedido a 07/04/2018. Obtido de http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.

Sousa, K. H., McDermott, C. M., & Weiss, J. (2011). The importance of assessing symptoms and symptom clusters in critical care units. *AACN Advanced Critical Care*, 22(3), 275–282. DOI: 10.1097/NCI.0b013e3182209279.

SPA. (2016). Consensos de VAD. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(1). Acedido a 07/02/2019. Obtido de http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Revista_Spa_volume_41_1_Arte_FINAL_web.pdf.

Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. dos S., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. D. S. F. de. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19–23. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.19-23.

Wendover, N. (2012). Changing staff attitudes towards family-witnessed resuscitation. *Emergency Nurse*, 20(7), 21–24. DOI: 10.7748/en2012.11.20.7.21.c9404.

Wilson, M. E., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R. O., Hajizadeh, N., & Brown, S. M. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(32), 1–3. DOI: 10.1186/s13054-019-2327-7.

Wøien, H., Vaerøy, H., Aamodt, G., & Bjørk, I. T. (2014). Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1552–1561. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

“Cronograma do 3º semestre”

APÊNDICE 2

“Resumo do congresso STATUS 5”

APÊNDICE 2 – Resumo do congresso STATUS 5

Este congresso abordou múltiplas temáticas de interesse na emergência extra-hospitalar, destacando a mesa da Via Aérea e respiração, da capnografia no pré-hospitalar e a da PCR-Paragem Cardiorrespiratória, tendo em conta as competências de defini neste relatório e percurso, e cuja minha participação pretendeu dar resposta às mesmas.

O status 5 é um congresso organizado pela VMER do Hospital de S. José, e que pretende debater diversas temáticas relacionadas com a emergência extra-hospitalar, na abordagem da emergência médica, de reanimação e do trauma. Status 5 é ainda código de rádio, utilizado pelas equipas de emergências extra-hospitalar, como forma de informarem o CODU da chegada à vítima.

É ainda de referir que as 5 mesas redondas, foram compostas por diversos profissionais de referência, quer da área de enfermagem quer da medicina, tendo por base uma abordagem multiprofissional ao doente crítico.

Mesa: “Via aérea e respiração”

Esta mesa presidida pela Dr.^a Ana Borges dos Santos, abordou as temáticas da via aérea difícil, onde a correta avaliação e decisão adquire um papel preponderante, na abordagem a uma via aérea difícil.

Uma das conclusões desta mesa, é que se pode partir do princípio de que todas as vias aéreas em contexto extra-hospitalar, são vias aéreas difíceis, dadas as condições ambientais e a falta de recursos humanos, técnicos e tecnológicos. Neste sentido é importante que os profissionais envolvidos neste contexto, tenham conhecimento e consciência dos dois algoritmos existentes, seja o da via aérea difícil previsível e o da não previsível, na abordagem do doente crítico (Crewdson, Lockey, Røislien, Lossius, & Rehn, 2017; SPA, 2016).

Uma temática que considero relevante na abordagem da via aérea em contexto do pré-hospitalar, é a ventilação por pressão positiva, abordadas pelo Dr. Antero Fernandes, onde defendem a ideia de que o suporte ventilatório invasivo e não-invasivo tem sofrido grande desenvolvimento.

O primeiro preletor, afirma-nos que a evidência científica demonstra que uma pressão expiratória final positiva (PEEP) num máximo de 15 cmH₂O, previne o colapso alveolar, garantindo adequadas trocas gasosas. Neste sentido e tendo em consideração as dificuldades anteriormente sentidas em contexto pré-hospitalar, um grande objetivo é a estabilização da doente crítico, até à chegada aos cuidados definitivos (em contexto hospitalar). Neste sentido a terapia de pressão positiva contínua (CPAP), tem sido apresentada ultimamente como uma abordagem eficaz, demonstrando a literatura a redução da morbilidade, mortalidade e custos quando comparado à ventilação invasiva (Campos, Vasconcelos, Magalhães, Barros, & Ramos, 2018).

Mesa: “Capnografia no pré-hospitalar. Qual a sua utilidade?”

A capnografia refere-se à medição de forma não invasiva do EtCO₂ (CO₂ expirado), sendo expressa por um valor numérico e tendo o seu pico no final da expiração. A sua representação gráfica, denomina-se por Capnograma, e permite colher dados importante para a prática clínica, como seja a eficácia da ventilação num utente sob ventilação invasiva.

Nesta mesa o Dr. Rafael Pires, levou-nos a pensar no benefício da complementaridade da capnografia na avaliação instantânea da ventilação, perfusão e do metabolismo do utente ventilado.

Para além disso, reforçou a importância/benefício da utilização desta tecnologia, durante a reanimação cardiopulmonar, como forma facilitadora da interpretação da correta colocação do TOT; como indicador de retorno de circulação espontânea durante uma PCR; bem como recurso da tomada de decisão e na avaliação da reanimação em contexto de PCR.

Mesa: “PCR - Paragem Cardio-respiratória”

A Enf^a Cláudia Serrano e o Dr. Francisco Valente, apresentaram a evolução positiva que se tem verificado após a implementação do programa eCPR na região metropolitana de Lisboa em outubro de 2017, que pretende maximizar o sucesso da reanimação em casos de PCR no extra-hospitalar, e em caso de insucesso das

mesmas, promover candidatos a potenciais dadores e órgãos, no contexto do dador em coração parado.

eCPR refere-se então a uma técnica de manutenção da circulação e oxigenação através de membrana extracorporeal vulgo ECMO. Esta técnica tem sido cada vez mais utilizada em contexto intra-hospitalar em Portugal, havendo referência a alguns casos de sucesso a nível internacional em contexto de extra-hospitalar.

Da apresentação feita, é de ressaltar os casos de sucesso quer na reversão da PCR, quer na doação de órgão que as múltiplas VMER de Lisboa tem conseguido fazer, após a implementação deste programa. Porém é de ressaltar algumas dificuldades na sua implementação, com sejam a existência diferentes protocolos e diferente condicionantes, na admissão destes utentes, consoantes as duas unidades em lisboa que os recebem.

Referências Bibliográficas:

Campos, R., Vasconcelos, P., Magalhães, J., Barros, F., & Ramos, R. (2018). Pressão Positiva, Tratar Mais e Melhor. In *Status 5*. Lisboa, 30 novembro 2018. Fórum Lisboa.

Crewdson, K., Lockey, D. J., Røislien, J., Lossius, H. M., & Rehn, M. (2017). The success of pre-hospital tracheal intubation by different pre-hospital providers: a systematic literature review and meta-analysis. *Critical Care*, 21(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1603-7>

SPA. (2016). Consensos de VAD. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(1). Retrieved from http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Revista_Spa_volume_41_1_Arte_FINAL_web.pdf.

APÊNDICE 3

“Apresentação UCI - Controlo de sintomas na pessoa em situação crítica: uma abordagem na UCI”

APÊNDICE 3 - Apresentação UCI - Controlo de sintomas na pessoa em situação crítica: uma abordagem na UCI



8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UC Estágio com relatório

Ricardo Feliciano

Orientadora ESEL: Profª Doutora Anabela Mendes

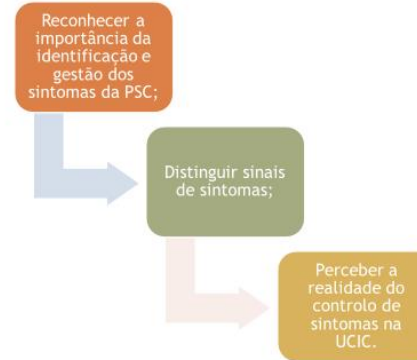
Orientador clínico: Enf. Especialista

Chefe da UCIC: Enfª. Especialista

CONTROLO DE SINTOMAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA ABORDAGEM NA



Lisboa, 21 de novembro 2018



Objetivos

2

Os sintomas são o principal motivo, pelo qual os utentes mais recorrem aos serviços de saúde. Tendo por base que a sua gestão se inicia aquando da perceção do utente da sua manifestação, o seu controlo fica a cargo dos profissionais de saúde, quando as suas manifestação superam a capacidade de resposta do utente.



Sidani in Doran (2011, p.135), afirma que a "falta de controlo na manifestação dos sintomas, traz consequências devastadoras quer para o utente, quer para a família, quer para o sistema de saúde".

A importância dos sintomas

3

(Doran, 2011; Sidani, 2001)

A gestão de sintomas é um processo dinâmico e subjetivo, onde o enfermeiro tem um papel fundamental, no controlo e gestão dos sintomas que os utentes apresentam.

Tendo como finalidade/propósito melhorar os *outcomes* que sucedem a sua intervenção.

Segundo Dodd um dos *gold standard* da avaliação de sintomas, é a autoperceção e a autoavaliação feita pelo indivíduo que os está a vivenciar.

3 Pressupostos:

- Experiência do sintoma,
- Estratégias de gestão,
- Resultados obtidos.

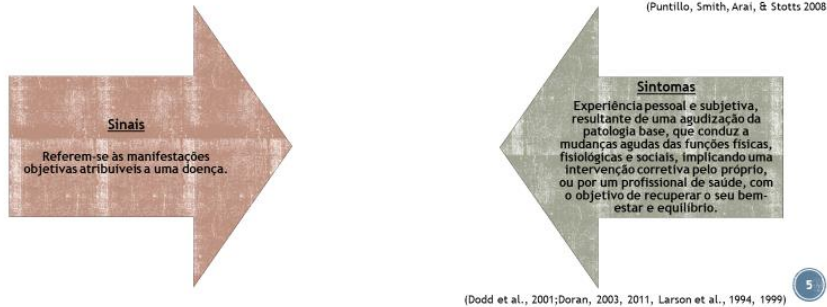
Teoria de contro de sintomas (Dodd et al. 2001)

4

(Dodd et al. 2001)

Sinais VS Sintomas

- É importante diferenciar sinais e sintomas, de forma a evitar que os enfermeiros utilizem os sinais manifestados pelos utentes, como forma a avaliarem os seus sintomas.



Gestão e Controlo de Sintomas (Continuação)

- Os utentes referem algum grau de dispneia, sendo a sede o sintoma avaliado com o maior grau de severidade, o desconforto generalizado com o grau de moderado, e a dispneia com o grau de ligeiro.

(Li & Punttillo, 2006)

- 50 a 75% dos utentes sob ventilação mecânica, referem ansiedade, sede e cansaço, e 34% dos utentes tiveram 1 episódio de delírio durante o internamento, embora estivessem sob administração de opióides e benzodiazepinas.

(Punttillo et al., 2010)

- Ao contrário do esperado, o cansaço não diminui ao longo do internamento em UCI, sendo que o seu aumento, pode comprometer a recuperação dos doentes, uma vez que não são capazes de colaborar ativamente na sua recuperação.

(Chlan & Savik, 2015)

Gestão e Controlo de Sintomas

- Os enfermeiros devem ter em atenção a intensidade, distress e duração dos sintomas nos utentes, de forma a terem uma noção mais real da sua manifestação.
- Existe uma maior proximidade na avaliação da intensidade e do *distress*, na avaliação feita pelos enfermeiros, nos sintomas de falta de ar, ansiedade, fome e sede. Porém, é importante salvaguardar que a correlação na avaliação dos sintomas dos doentes críticos, é inferior quando comparada com os familiares e com os médicos, o que corrobora a necessidade de investir nesta problemática, sendo a experiência profissional, um fator que interfere na avaliação desenvolvida pelos enfermeiros.

(Punttillo et al. 2012, p.274)

UCI

- No que se relaciona com os sintomas manifestados durante os procedimentos, os mais referidos foram:



(Nelson et al., 2001 p.279)

- Após uma análise e avaliação dos sintomas que os utentes apresentam selecionam-se as intervenções necessárias, de forma a prevenir a ocorrência dos sintomas, e diminuir o seu impacto negativo na vida dos utentes.

(Dodd et al., 2001; Doran, 2003, 2011; Henriques & Gaspar, 2010)



UCI (Continuação)

9



(Perpina-Galvan & Richart-Martinez, 2009; Puntillo et al., 2012; Puntillo, Smith, Arai, & Stotts, 2008; Randen, Lerdal, & Bjerk, 2013; Sousa, McDermott, & Weiss, 2011)

10

Considerações finais

Referências bibliográficas

- Chlan, L. L., & Savik, K. (2015). Contributors to fatigue in patients receiving mechanical ventilatory support: A descriptive correlational study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.002>.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing - Sensitive Outcomes: State of Science*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=CxPP9jaT-TIC&pg=PA115&lpg=PA115&dq=sidani+2001+symptoms&source=bl&ots=ObmWf8uB8&sig=u_kxMJ70TbyWXplvs6MXDyGq8IE&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjw6yCt_fbAhUIssAKHvNcADQQGAEINDAB#v=onepage&q=sidani 2001 symptoms&f=false.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: State of the Science* (2ª Edição). Canadá: Jones and Bartlett Publishers.
- Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um Programa de Enfermagem na Gestão de Sintomas e na Adesão À Terapêutica Antiretroviral da Pessoa Adulta com Infecção VIH/SIDA: Construção de uma Problemática. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 30–38. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_30-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_30-38(1).pdf).
- Larson, P. J., Kohlman, V. C., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Gortner, S., ... Underwood, P. R. (1994). A Model for Symptom Management. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x>.

11

Referências bibliográficas

- Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., ... Shibata, S. (1999). An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*, 1, 203–210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00027.x>.
- Li, D. T., & Puntillo, K. (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*, 19(4), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2006.01.003>.
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., ... Morrison, R. S. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2), 277–282. <https://doi.org/10.1097/00003246-200102000-00010>.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying*. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155–2160. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>.
- Puntillo, K. A., Neuhaus, J., Arai, S., Paul, S. M., Gropper, M. A., Cohen, N. H., & Miaskowski, C. (2012). Challenge of assessing symptoms in seriously ill intensive care unit patients: can proxy reports help? *Critical Care Medicine*, 40(10), 2760–2767. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31825b94d8>.
- Sidani, D. (2001). Symptom Management - In Invitational Symposium. In *NURSING AND HEALTH OUTCOMES PROJECT* (pp. 51–52). Toronto.

12

APÊNDICE 4

“Apresentação SU - O papel do Enfermeiro na avaliação e detecção precoce da deterioração do doente crítico”

APÊNDICE 4 - Apresentação SU - O papel do Enfermeiro na avaliação e deteção precoce da deterioração do doente crítico



8º CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização Pessoa em Situação Crítica
UC Estágio com relatório

O papel do Enfermeiro na avaliação e deteção precoce da deterioração do doente crítico.

EWS – Early Warning Score

Ricardo Feliciano

Orientador Clínico: Enf. Especialista

Orientadora ESEL: Prof. Doutora Anabela Mendes

Lisboa, janeiro de 2019

1

Sumário

1. Teoria de control de sintomas;
2. Sinais VS sintomas;
3. Early Warning Scores - EWS;
4. Porquê os EWS;
5. Realidade Portuguesa dos EWS;
6. Early Warning Scores EWS;
7. Considerações Finais.

Teoria de controlo de sintomas

A gestão de sintomas é um processo dinâmico e subjetivo, onde o enfermeiro tem um papel fundamental, no controlo e gestão dos sintomas que os utentes apresentam.

Tendo como finalidade/propósito melhorar os *outcomes* que sucedem a sua intervenção.

Segundo Dodd um dos *gold standard* da avaliação de sintomas, é a *autoperceção* e a *autoavaliação* feita pelo indivíduo que os está a vivenciar.

Dodd et al. 2001

Teoria de Controlo de Sintomas (Continuação)

- Os sintomas são o principal motivo, pelo qual os utentes mais recorrem aos serviços de saúde, e tendo por base que a sua gestão se inicia aquando da perceção do utente da sua manifestação, o seu controlo fica a cargo dos profissionais de saúde, quando as suas manifestação superam a capacidade de resposta do utente.



Doran, 2011; Sidani, 2001

Sinais VS Sintomas



Dodd et al., 2001; Sidani, 2001

Early Warning Score - EWS

São sistemas de pontuação, que a partir da avaliação de determinadas variáveis fisiológicas e de desvio padrão das mesmas, permitem identificar precocemente, utente com deterioração clínica.

Correia et al., 2014; Destaques da American Heart Association 2015 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE, 2015; Freitas, 2017; Freitas, Preto, & Nascimento, 2017; Jones et al., 2011; Luís, 2014; Monsieus et al., 2015

Porquê os EWS

1. Recomendado pela JCI;
2. Recomendado pelas Guidelines do ECR (European Council of Resuscitation) bem como pelas Guidelines da AHA (American Heart Association);
3. Orientam para uma resposta apropriada;
4. Determinam o risco clínico do utente;
5. A agudização do doente crítico é quase sempre precedida por deterioração do seu estado físico;



Rodríguez & Hern (2001)

Porquê os EWS (continuação)

Alterações fisiológicas, de um ou mais parâmetros, estão associadas a uma maior probabilidade de ocorrer paragem cardiorrespiratória, admissões não planeadas em unidades de cuidados intensivos (UCI) e morte.

(Soar et al., 2015)

Alguns estudos Portugueses, demonstram benefício na utilização dos EWS na avaliação e deteção precoce da deterioração do utente

Correia et al., 2014; Freitas, Preto, & Nascimento, 2017; Luís, 2014;



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DOS SISTEMAS DE PONTUAÇÃO DE ALERTA PRECOZE "NEWS" E "NEWS" EM PORTUGAL

AUTOR: LINDSEU LUIZ

DOCENTE ORIENTADORA: PROF. DOUTORA MARILENE A. BIAS - ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DE LISBOA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

SEGURANÇA DO DOENTE

Realidade Portuguesa dos EWS

Improving recognition of patients at risk in a Portuguese general hospital: results from a preliminary study on the early warning score

Resumo: Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da implementação de um sistema de pontuação de alerta precoce (EWS) em um hospital geral português. O estudo foi realizado em um hospital geral português e envolveu a implementação de um EWS em um departamento de medicina interna. Os resultados mostraram que a implementação do EWS resultou em uma melhoria na identificação de pacientes em risco de deteriorização clínica. O estudo também identificou algumas barreiras à implementação do EWS, como a falta de recursos humanos e a necessidade de treinamento adicional para os profissionais de saúde. O estudo concluiu que a implementação do EWS em um hospital geral português é viável e pode melhorar a identificação de pacientes em risco de deteriorização clínica.

uma revisão integrativa

Integrative review of the early detection of ward patients' clinical deterioration: an integrative review

Integración de enfermería en la monitorización del deterioro clínico de la persona en enfermería hospitalaria: una revisión integradora

Correia, N., Rodrigues, R. P., Sá, M. C., Dias, P., Lopes, L., & Paiva, A. (2014). Improving recognition of patients at risk in a Portuguese general hospital: results from a preliminary study on the early warning score. *International Journal of Emergency Medicine*, 7(22), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0022-7>

Destaque da American Heart Association 2015 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. (2015). *American Heart Association*. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>

Freitas, C. M. (2017). *Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Considerações Finais

A CEWS como um EWS, permite identificar o risco clínico de deteriorização de um utente;

Melhoras a resposta/intervenção dos profissionais envolvidos;

Evita admissões não planeadas em UCI e diminui o risco de PCR não esperada.

Referências Bibliográficas

- Correia, N., Rodrigues, R. P., Sá, M. C., Dias, P., Lopes, L., & Paiva, A. (2014). Improving recognition of patients at risk in a Portuguese general hospital: results from a preliminary study on the early warning score. *International Journal of Emergency Medicine*, 7(22), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0022-7>
- Destaque da American Heart Association 2015 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. (2015). *American Heart Association*. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Freitas, C. M. (2017). *Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Referências Bibliográficas (Continuação)

- Freitas, C. M., Preto, E. P., & Nascimento, C. A. F. (2017). Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 121–132. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV17025>
- Jones, S., Mullally, M., Ingleby, S., Buist, M., Bailey, M., & Eddleston, J. M. (2011). Bedside electronic capture of clinical observations and automated clinical alerts to improve compliance with an Early Warning Score protocol. *Critical Care Resuscitation*, 13(2), 83–88. Retrieved from https://improvement.nhs.uk/documents/1115/Improving_compliance_with_EWS.pdf
- Larson, P. J., Kohlman, V. C., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Gortner, S., ... Underwood, P. R. (1994). A Model for Symptom Management. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x>

Referências Bibliográficas (Continuação)

Luís, L. (2014). *TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DOS SISTEMAS DE PONTUAÇÃO DE ALERTA PRECOCE “VIEWS” E “NEWS” EM PORTUGAL*. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa. Retrieved from [http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4230/1/Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4230/1/Tradução,validação%20e%20aplicação%20dos%20sistemas%20de%20pontuação%20de%20alerta%20precoce.pdf)

Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., ... Zideman, D. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, *95*, 1–80. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>

Rodriguez, R., & Hern, H. G. (2001). An approach to critically ill patients. *The Western Journal of Medicine*, *175*(6), 392–395. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1275972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Sidani, D. (2001). Symptom Management - In Invitational Symposium. In *NURSING AND HEALTH OUTCOMES PROJECT* (pp. 51–52). Toronto.

APÊNDICE 5

“Póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada”

APÊNDICE 5 – “Póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada”



CONTROLO DE SINTOMAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DA APRECIÇÃO À TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



Ricardo Feliciano ^a; Sofia Carvalho ^b; Anabela Mendes ^c

^a Atendimento Permanente do Hospital do SAMS e Mestrando na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ^b Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ^c Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto-Idoso; Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UIDE); Professora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INTRODUÇÃO:

- Por definição a pessoa em situação crítica (PSC) é aquela cuja vida está ameaçada, necessitando de cuidados de saúde diferenciados, para manter a sua estabilidade hemodinâmica e prevenir a instabilidade física (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011; Rodriguez & Hern, 2001; SPCI e OM, 2008).
- Assim Robertson & Al-Haddad (2013), afirmam que a agudização do doente crítico é quase sempre precedida por uma deterioração do estado físico, sendo que os sinais precoces nem sempre são considerados em tempo útil. Assim os enfermeiros devem utilizar o seu conhecimento e intuição, de forma a identificarem e prevenir os sintomas evitando a sua exacerbação.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA:

- Analisar a intervenção de enfermagem no controlo de sintomas à PSC, cruzando três vetores determinantes:



QUESTÕES:

- Que componentes consideram os enfermeiros no controlo de sintomas da PSC?
- De que modo pode a competência clínica do enfermeiro contribuir para o controlo de sintomas?

RESULTADOS:



CONCLUSÃO:

Verifica-se que a PSC face à vulnerabilidade apresentada solicita ao enfermeiro um olhar atento sobre três componentes:

1. A experiência dos utentes referente aos sintomas que manifestam;
2. As estratégias de controlo dos sintomas;
3. As intervenções e resultados alcançados.

Do exercício contínuo com a PSC o enfermeiro perito revela-se pelo conhecimento, competência clínica e pensamento estruturado que garantem o olhar atento sobre estas componentes e a intervenção terapêutica desejada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Intelecto a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Q. Editora, Ed.) (3ª edição). Coimbra: Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-action Approach* (2ª Edição, Vol. 3). New York: Springer publishing company; Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miskowski, C., Puntillo, K., Rauka, S., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>; Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um Programa de Enfermagem na Gestão de Sintomas e na Adesão à Terapêutica Anti-retroviral da Pessoa Adulta com Infecção VIH-SIDA. Construção de uma Problemática. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 30-38. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_11_2_30-38\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_11_2_30-38(1).pdf); Robertson, L. C., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.aicm.2012.11.010>; Sidani, D. (2004). Symptom Management - In Invitational Symposium. In *NURSING AND HEALTH OUTCOMES PROJECT* (pp. 51-52). Toronto: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

APÊNDICE 6

“Resumo do Congresso – 1^aas Jornadas Pessoa em Situação Crítica em Ponta
Delgada”

APÊNDICE 6 – Resumo Congresso – 1^{as} Jornadas Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada

Estas jornadas surgem como forma de discutir e refletir sobre as práticas médicas e de enfermagem ao doente crítico. As condições meteorológicas, sísmicas e territoriais adversas e a falta de profissionais diferenciados com experiência profissional, conduzem a múltiplas dificuldades no socorro, transporte, tratamento e quando necessária transferência para cuidados definitivos, dificultando os cuidados prestados à PSC.

Embora na sua maioria se tivesse debatido a realidade açoriana face a esta temática, a organização teve a preocupação de convidar oradores com outras realidades nacionais (como sejam profissionais dos continente e madeira), de forma a fomentar a discussão, e possibilitar uma maior partilha de conhecimentos e perspetivas.

Na comunicação “Vítima de trauma versus vítima politraumatizada”, ressalva-se que a assistência extra-hospitalar remonta à vertente militar, e tem-se verificado um grande desenvolvimento na última década, por exemplo, com o surgimento da via verde trauma, que não foi implementada nos açores em abril de 2010, e que desde 2012 foram feitas cerca de 16.000 ativações da SIV. Os oradores, afirmaram ser importante investir em formação quer no extra-hospitalar, quer no intra-hospitalar de forma a dotar as pessoas de conhecimentos específicos nestas áreas, melhorando a sua *performance*. Foram discutidas algumas alterações recentes quer ao ATLS quer às *guidelines* de trauma, salvaguardando-se a importância da ressuscitação hídrica controlada e a algumas especificações da PCR em vítimas de trauma grave.

Na comunicação “O Serviço de Urgência entre portas”, ressaltou-se a importância de dar cumprimento ao Despacho n.º 10319/2014 (2014) no que concerne à formação obrigatória dos profissionais de saúde, bem como à importância dos enfermeiros especialista no SU. O Dr. Paulo Freitas reforçou a importância da realização de *debriefings*, como forma de melhorar as práticas, promover a reflexão e melhorar o espírito de equipa, levantando a questão de que “depois de cuidar quem cuida de mim?”. A Enf. Ana Catarina Simões, referiu a importância da existência de projeto inovadores, referindo estar em desenvolvimento um projeto de implementação

da *NEWS*, como forma de antecipar a degradação do utente e melhorar os cuidados prestados.

Na comunicação “Atualidades na abordagem da doença do miocárdio”, discutiu-se a necessidade de identificação precoce das situações de EAM, de forma a prever uma necessidade de evacuação dos utentes entre ilhas, dada a escassez de recursos em determinados pontos do arquipélago.

Na comunicação “Infeção – que caminho trilhar?” A Enf. Andreia Sousa reforçou a importância da implementação da via verde sépsis, na identificação precoce e tratamento dentro da *golden hour*, segundo as mais recentes *guidelines* internacionais. O Dr. Abel Alves lembrou que a sépsis equivale a gastos económico elevados em saúde, devendo por isso ser precocemente identificada e tratada pelos diversos profissionais de saúde. Reforçou ainda algumas das últimas alterações explícitas nas *guidelines*, como seja a contraindicação da Dopamina, a otimização da pressão arterial média em valores $>65\text{mmHg}$, e a não recomendação da administração de colóides com fluidoterapia, mas sim cristaloides. Para além disso, referiu a importância de se descalar os antibióticos utilizados após estabilização do utente e melhoria dos parâmetros inflamatórios, devendo existir um conhecimento mais aprofundado de farmacocinética, de forma a evitar resistência antimicrobianas dado que desde 2003 apenas surgiram dois antibióticos.

Na comunicação “Abordando o doente do foro neurológico” Abordou-se a importância de prevenir a lesão secundária, intervindo o mais precocemente possível, embora existam muitos entraves na aplicação do tratamento definitivo, como seja a necessidade de transferência para o continente ou para outro hospital. Abordou-se ainda a importância da utilização da pressão de perfusão cerebral ótima (PPC ótima) em prol de valores de referência, uma vez que as últimas investigações demonstram que existe uma grande disparidade entre os valores, e que o valor de PPC varia ao longo do dia.

Na comunicação “O Doente no Bloco Operatório: crítico versus acrítico?” Vários oradores frisaram a importância da dor como 5º sinal vital, com concordância com as últimas indicações da DGS Circular Normativa nº 9 (2003), embora muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde. Foi ainda referido a existência de monitores específicos, que avaliam o nível de dor em doentes sedados, e a influência da dor na hiperglicemia por desregulação hormonal. É ainda de referir que se abordou

a importância da seleção adequada de analgésicos em doentes em choque, sendo que este orador demonstrou o benefício da utilização de Cetamina no controlo da dor em doente em choque dado não ser hipotensor nem bradicardizante.

Na comunicação “Eventos adversos Multivítimas/Catástrofes” nesta comunicação ressalva-se as condições de exceção dificultadas pelas condições meteorológicas, territoriais e sísmicas que dificultam o planeamento e socorro em situações multivítimas. Para além disso o crescente aumento do turismo, tem trazido questões que necessitam ser refletidas e planeadas, como seja o socorro nas atividades náuticas, a navios de cruzeiro com aproximadamente 2000/3000 pessoas.

Na comunicação “Potencial dador - somos todos?”, com o crescente envelhecimento populacional e o aumento das comorbilidades associados, tem vindo a aumentar o número de pessoas em lista de espera para doação, neste sentido os dadores em morte cerebral e/ou em coração parado, podem apresentar-se como reais soluções para o combate ao aumento destas listas. Neste sentido torna-se premente que os profissionais estejam alertas para esta temática, identificando os potenciais dadores precocemente, e posteriormente que desenvolvam conhecimentos e competências essenciais à manutenção do dador até ao momento da colheita. No caso específico dos Açores, o centro de coordenação situa-se no Continente, o que levanta algumas questões complicadas na manutenção do dador até ao momento da colheita dada a distância física, uma vez que em determinadas situações é necessário a deslocação de uma equipa de colheita para a realização da mesma. Prof. Doutora Maria do Céu Patrão Neves afirmou a importância do envolvimento da família no processo de doação de órgão, porém salvaguardando que no contexto da legislação portuguesa o consentimento é presumido, exceto se o utente estiver inscrito no RENDA, não devendo ser pedido autorização à família para a colheita de órgãos, o que implica maior formação na área de comunicação.

Por tudo o exposto estas jornadas representaram um momento ímpar de aprendizagem, pela possibilidade de refletir sobre a prática de enfermagem num contexto totalmente diferente ao da minha realidade profissional. Tendo por isso selecionado as principais conclusões e aprendizagem realizadas.

Para além disso, o fato de ter participado e discutido um poster com o tema “Controlo de sintomas na pessoa em situação crítica - da apreciação à tomada de decisão em enfermagem”, permitiu-me em primeira instância desenvolver

competências na vertente da procura e produção de novos conhecimentos, bem como de expor o produto do raciocínio articulando diversos saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Circular normativa no 9. (2003). A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direcção Geral de Saúde de 14-06-2003, 1–4. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Despacho nº 10319/2014. (2014). Características da Rede de Serviços de Urgência. Diário da República, 2.a série (Nº 153 de 11-08-2014), 20673–20678. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>.

APÊNDICE 7

“Póster do III Congresso da Secção Regional do Sul”

APÊNDICE 7 – “Póster do III Congresso da Secção Regional do Sul”



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERITO

**III CONGRESSO DA
SECÇÃO REGIONAL DO SUL**

Ana Lusquiños^a; Ricardo Feliciano^b; Sofia Carvalho^c; Sónia Gameiro^d; Anabela Mendes^e

^a Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José - CHLC e Mestranda na ESEL; ^b Atendimento Permanente do Hospital do SAMS e Mestrando na ESEL; ^c Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^d Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^e PhD, Professora Adjunta na ESEL, UI&DE.

1 INTRODUÇÃO

FACE À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO, OS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PROCURAM:

1. CENTRAR-SE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ÁREAS INOVADORAS DE TECNOLOGIA QUE POSSIBILITEM UMA RESPOSTA EFETIVA ÀS NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE.
2. GARANTIR NUM CUIDADO TECNOLÓGICO, A FAMÍLIA NA QUAL SE INSERE A PESSOA DOENTE, CONSTITUINDO-SE PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS (MENDES, 2015).

↓

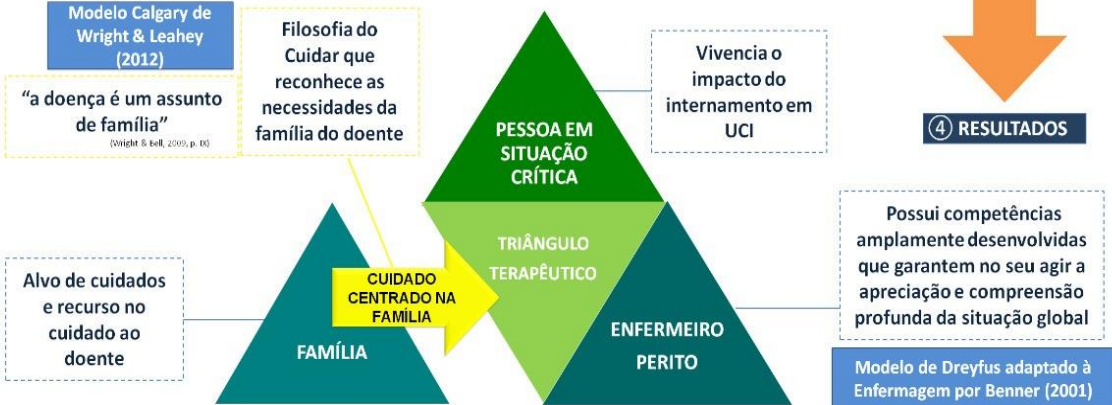
O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA É UM AMPLIAR DO CÍRCULO DE ATENÇÃO DOS ENFERMEIROS, INTEGRANDO A FAMÍLIA NO FOCO DO CUIDAR (HENNEMAN & CARDIN, 2002).

2 OBJETIVOS

1. ANALISAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI;
2. ANALISAR DE QUE MODO PODE A COMPETÊNCIA CLÍNICA DO ENFERMEIRO CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.

3 METODOLOGIA

RIL	MODELO CALGARY DE WRIGHT & LEAHEY (2012)	MODELO DE DREYFUS ADAPTADO À ENFERMAGEM POR BENNER (2001)
-----	--	---




4 RESULTADOS

Possui competências amplamente desenvolvidas que garantem no seu agir a apreciação e compreensão profunda da situação global

Modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Benner (2001)

5 CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca

ANEXOS

ANEXO 1

“Comprovativo do póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta
Delgada”

ANEXO 1 - Comprovativo do póster das 1as Jornada Pessoa em Situação Crítica em Ponta Delgada



CERTIFICADO

De participação

CERTIFICAMOS QUE:

Ricardo Filipe dos Santos Feliciano

PARTICIPOU COMO AUTOR DE UM POSTER COM O TEMA
“CONTROLO DE SINTOMAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
DA APRECIÇÃO À TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM”, NAS
1^{AS} JORNADAS PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUE DECORREU NOS
DIAS 12 E 13 DE OUTUBRO DE 2018, NO HOSPITAL DO
DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA EPER

Sandra Figueiredo

Comissão Organizadora

Acreditadas por:



ANEXO 2

“Comprovativo do póster do III Congresso da Secção Regional do Sul”

ANEXO 2 - Comprovativo do póster do III Congresso da Secção Regional do Sul



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

RICARDO FILIPE DOS SANTOS FELICIANO

Membro n.º 82721 desta Ordem, participou no **III Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**, enquanto **Coautor** do Póster, com o título:

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERITO

Coautores:
Ana Lusquiños
Ricardo Feliciano
Sofia Carvalho
Sónia Gameiro
Anabela Mendes

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,9 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.