



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

---

LISBOA-PORTO

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

**TOQUE TERAPÊUTICO: UMA DAS INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM CONFORTADORAS AO DOENTE  
CRÍTICO E FAMÍLIA**

**THERAPEUTIC TOUCH: ONE OF THE COMFORTING  
NURSING INTERVENTIONS FOR THE CRITICALLY ILL  
PATIENT AND THEIR FAMILY**

Por

Sónia Cristina Neto Brás

Lisboa, 2021





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

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

**TOQUE TERAPÊUTICO: UMA DAS INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM CONFORTADORAS AO DOENTE  
CRÍTICO E FAMÍLIA**

Por:

Sónia Cristina Neto Brás

Sob a orientação de Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2021



*“Não há nada como regressar a um lugar que está igual  
para descobrir o quanto a gente mudou.”*

*Nelson Mandela*



## **AGRADECIMENTOS**

À Rita, a minha filha, por todos os sorrisos, gargalhadas e carinho.

Ao Rui, o meu suporte. Pela compreensão, Companheirismo e demonstração de Amor.

Ao meu irmão Nuno, à minha sobrinha Marta e à Fátima, pela ajuda.

À Alcina pelo caminho construído, pelos momentos passados e pelas dificuldades ultrapassadas.

À Vânia pela amizade e simplicidade.

À Vitória pelo apoio, à Carla e Amélia por estarem presentes.

Às Professoras, Dr.<sup>a</sup> Rita Marques e Dr.<sup>a</sup> Patrícia Pontífice de Sousa, por tornarem este caminho mais “confortável”, assim como, pela oportunidade de fazer-me crescer enquanto investigadora e pessoa.

Ainda, à Professora Dr.<sup>a</sup> Rita Marques, pela honra ao orientar-me e pela exigência, disponibilidade, paciência, carinho e incentivo constante.

Às Enfermeiras Orientadoras dos locais de estágio pelo tempo, partilha de conhecimentos e oportunidades de aprendizagem.

Aos meus pais, por me terem ensinado a ser resiliente.

À memória da minha avó Augusta, figura exemplar e inspiradora, que instigou a perseguir os meus sonhos e a alcançar vitórias!

**BEM HAJAM!**



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica e Família, do Instituto de Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Tem como propósito, demonstrar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e as competências especializadas adquiridas ao longo dos estágios: Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, no período compreendido de 1 de setembro a 19 de dezembro de 2020.

A ação confortadora resulta da tomada de decisão, promove a esperança, qualidade de vida e traduz o nível da qualidade dos cuidados. Na perspetiva de cuidar melhor o doente, na satisfação das suas necessidades humanas básicas, a promoção do conforto emerge como indispensável. Assim, o toque terapêutico surge como uma das estratégias de promoção do conforto ao doente crítico e sua família. Deste modo, o relatório inicia-se com uma análise de conceito sob a visão evolucionária de Rodgers, com o tema – “Toque Terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma análise de conceito”, estudo este, submetido e aceite para publicação.

De seguida, procuro espelhar o percurso da aprendizagem, inerente ao desenvolvimento das competências especializadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família, através da análise crítica e reflexiva da prática realizada e das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, incluindo a participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster com o tema “ O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura”, que obteve Menção Honrosa. Também, a realização de Poster Interativo e apresentação do mesmo (na qualidade de apresentadora), na participação do II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o tema “Toque terapêutico: uma intervenção autónoma de enfermagem”. Ainda, a participação no VI Simpósio de Enfermagem 2021 – ASCI, com a apresentação do Poster com o tema “Toque terapêutico: uma revisão integrativa da literatura”.

**Palavras chave:** Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Doente crítico; Promoção do conforto; Toque Terapêutico.



## **ABSTRACT**

This report has arisen as part of the 13th Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical and Family Care, of the Institute for Health Sciences, School of Nursing, Catholic University of Lisbon. Its purpose is to critically and reflectively demonstrate the activities carried out and the specialised skills acquired during the internships in the Emergency Department and Intensive Care Unit, for the period from 1 September to 19 December 2020.

Comforting action results from decision making, promoting hope, quality of life and translating into the level of quality of care. From the perspective of caring better for patients, in satisfying their basic human needs, the promotion of comfort emerges as being indispensable. Thus, therapeutic touch emerges as one of the strategies to promote comfort for the critically ill and their family. Thus, the report begins with a concept analysis based on Rodgers' evolutionary vision, with the theme – “Therapeutic Touch in Nursing Care: a conceptual analysis”. This study was submitted and accepted for publication.

Next, I try to mirror the learning path inherent to the development of specialised skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Individual in a Critical Condition and their Family, through a critical and reflective analysis of the practice carried out and the activities undertaken throughout the internship, including participation in the 3rd International Seminar of the Master's Degree in Nursing, with the presentation of the Poster with the theme “Therapeutic touch in nursing care: an integrated literature review”, which obtained an Honourable Mention. In addition, drawing up an Interactive Poster and its presentation (as a presenter), through participation in the International Symposium on Evidence-Based Health Care – Coimbra Nursing School, with the theme “Therapeutic Touch: an autonomous nursing intervention”. There was also participation in the 6th Nursing Symposium 2021 – ASCI, with a presentation of a Poster with the theme “Therapeutic Touch: an integrated literature review”.

**Keywords:** Nursing; Nursing care; Critical patient; Promoting comfort; Therapeutic Touch.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ABCDE	Airway (Via aérea), Breathing (Ventilação), Circulation (Circulação); Disability (Disfunção Neurológica), Exposure (Exposição);
ASCI	Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto;
AVC	Acidente Vascular Cerebral;
BO	Bloco Operatório;
BOC	Bloco Operatório Central;
CVC	Cateter venoso central;
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde;
DFEM	Departamento de Formação em Emergência Médica;
DGS	Direção Geral da Saúde;
DVE	Drenagem ventricular externa;
EMC	Enfermagem Médico cirúrgica;
EPI	Equipamento de proteção individual;
GIA	Gabinete de Informação e Acompanhamento;
GHT	Gentle Human Touch;
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde;
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica;
JBI	Joanna Briggs Institute;
MESH	Medical Subject Heading;
OE	Ordem dos Enfermeiros;
PIC	Pressão intracraniana;
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses;
SAV	Suporte avançado de vida;
SNS	Serviço Nacional de Saúde;
SR	Sala de Reanimação;

SU	Serviço de Urgência;
SUP	Serviço de Urgência Polivalente;
TEP	Tromboembolismo pulmonar;
TT	Toque terapêutico;
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos;
UCP	Universidade Católica Portuguesa;
VMI	Ventilação mecânica invasiva;

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1 – TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE CONCEITO</b> .....	21
<b>2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS</b> .....	35
2.1. CREDITAÇÃO DO MÓDULO DE VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA.....	36
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. ....	39
2.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. ....	53
<b>3 - CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>APÊNDICES</b> .....	79
APÊNDICE I - POSTER - O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	81
APÊNDICE II - POSTER - TOQUE TERAPÊUTICO: UMA INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM.....	85
APÊNDICE III - POSTER - TOQUE TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	93
ANEXO I - DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO COM O TEMA - O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	95
ANEXO II - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM (LISBOA) COM APRESENTAÇÃO DO POSTER COM O TEMA “O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA,” MENÇÃO HONROSA.....	99
ANEXO III - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – 3º SESSÃO. ....	103

ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – 4ª SESSÃO.....	107
ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – 5ª SESSÃO.....	111
ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 1. ....	115
ANEXO VII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 2. ....	119
ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 3. ....	123
ANEXO IX - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 4. ....	127
ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO XIX CONGRESSO NACIONAL DA AESOP.....	131
ANEXO XI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA. ....	135
ANEXO XII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 15º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL. ....	139
ANEXO XIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CICLO DE WEBINARS ENFERMAGEM ÀS QUINTAS SUBORDINADO À TEMÁTICA DEVERES ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS II. ....	143
ANEXO XIV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR SABER+2.0: DOENTE COM SUPORTE DE VIDA EXTRACORPORAL. ....	147
ANEXO XV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO SOLENE: APRESENTAÇÃO DA ONTOLOGIA DE ENFERMAGEM.....	151
ANEXO XVI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CICLO DE WEBINARS ENFERMAGEM ÀS QUINTAS SUBORDINADO À TEMÁTICA SEGURANÇA NOS CUIDADOS.....	155

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa. ....	27
--	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Itens, conceitos e questões da análise concetual da expressão TT segundo o método evolucionário de Rodgers .....	25
--	----

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Etapas do método evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito (adaptado) de Rodgers (2000).....	24
Figura 2. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos.....	26



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família.

Um relatório é um documento onde o autor narra o trabalho desenvolvido sendo que, a sua elaboração compreende o registo das experiências vividas e a exposição dos resultados obtidos (Fonseca, 2012). Este, tem como propósito descrever o caminho percorrido e as aprendizagens adquiridas, de forma a explicar o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família, com vista à obtenção do grau de especialista, bem como, um documento que sirva de base de avaliação, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Ciente de que os profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, ingressei no curso de mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, pela necessidade de valorar o meu conhecimento e alargar o âmbito das minhas competências nos domínios técnico, científico, ético e relacional, na intenção da procura do melhor conhecimento e uma prática baseada na evidência científica. Considero ser uma ferramenta fundamental para melhorar enquanto pessoa/profissional na conquista do desenvolvimento de saberes para a excelência da qualidade do cuidar. Tendo em conta o interesse pessoal, decidi investir na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e Família.

Os cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família, são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018 p.19362).

Assim, espera-se do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família, a prestação de cuidados de forma contínua e altamente qualificada, onde a instabilidade hemodinâmica e o risco de vida iminente, obrigam a uma

reflexão e capacidade de tomada de decisão constantes, exigindo um grande domínio de conhecimentos e competências (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Nos cuidados ao doente crítico, a crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos, levam a que a formação específica e especializada seja inevitável. O Enfermeiro Especialista desempenha um papel essencial em todo este processo, ao prestar cuidados que promovam a satisfação das necessidades do doente e o alívio sintomático, apoio psicológico, emocional e espiritual ao doente/família (Pereira, 2010), onde a prestação de cuidados, deve ter como finalidade o conforto do doente/família, promovendo a dignidade e o respeito pelo doente e suas necessidades.

Ao Enfermeiro Especialista, solicita-se que reconheça as necessidades de conforto, planeie e execute medidas, reavaliando-as após a sua implementação. Assim, a promoção do conforto ao doente/família é um objetivo do Enfermeiro Especialista, sendo crucial na prestação de cuidados, uma vez que o conforto, é considerado como indispensável no cuidado humano e central para a enfermagem (Sousa, 2020).

Por conseguinte, a promoção do conforto ao doente crítico e família foi o tema norteador do caminho percorrido. Nesta tentativa de proporcionar conforto, surge o toque terapêutico, como estratégia confortadora no cuidado ao doente em situação crítica e família, pela possibilidade de responder às necessidades dos doentes/família em múltiplos contextos e nas suas diferentes dimensões. Durante o meu percurso de vida, sempre dei particular importância à relação, à proximidade, ao conforto, ao encontro com o outro, à relação empática, sendo uma das minhas áreas de maior interesse e motivação.

Como referencial teórico no desenvolvimento da prática de cuidados, escolhi a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. A prática, foi ainda orientada tendo em conta o paradigma da Transformação, que considera os fenómenos como únicos, complexos e globais em interação recíproca e simultânea com o meio que o rodeia.

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba é uma teoria de médio alcance, de fácil aplicação no ensino, investigação e prática, “capaz de descrever uma prática centrada no doente e de explicar como determinar se as medidas de conforto importam aos doentes, à sua saúde e à viabilidade das instituições” (Tomey & Alligood, 2004, p.492).

Kolcaba na sua teoria define conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência, nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental) (Tomey & Alligood, 2004).

No desenvolvimento do relatório, utilizo o termo **doente** para referir a pessoa/cliente/utente alvo dos cuidados de enfermagem e com quem cuidamos, sendo o conceito metaparadigmático em uso na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. No entanto, este detém todas as características evidenciadas para a Pessoa, presentes no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

O percurso da prática clínica desenvolveu-se em dois campos de estágio: o contexto de Serviço de Urgência Polivalente (SUP) num hospital na periferia de Lisboa, no período de 1 de setembro a 27 de outubro de 2020, e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) num hospital de Lisboa, durante o período de 28 de outubro a 19 de dezembro de 2020. Cada um, com a carga horária de 180h de contacto e 20h de orientação tutorial.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório é descritiva, analítica e crítico-reflexiva. Tem por objetivos: descrever o processo de aprendizagem; realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso realizado; demonstrar as competências desenvolvidas e os objetivos atingidos, através da descrição das atividades realizadas; responder a um processo avaliativo; e contribuir para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC).

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em 4 capítulos: no primeiro capítulo é apresentada uma análise de conceito com o tema: “Toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma análise de conceito”; no segundo capítulo, é feita a caracterização dos contextos clínicos e descrição crítica e reflexiva das competências e atividades de enfermagem especializadas, desenvolvidas durante os dois contextos de estágio e, ao longo dos anos de experiência na prática dos cuidados; o terceiro capítulo é referente à conclusão, onde é apresentada uma reflexão geral sobre o percurso de desenvolvimento de competências. No quarto capítulo são mencionadas as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos referidos ao longo do documento.

Importa referir que a elaboração do presente documento cumpre as normas gramaticais do acordo ortográfico, em vigor no território nacional, bem como as regras de referência da American Psychological Association (APA) 6.<sup>a</sup> Edição.



## **1 – TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE CONCEITO**

Autoria(s): Brás, Sónia; Mendes, Alcina.

### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar o conceito de toque terapêutico nos cuidados de enfermagem sob a visão evolucionária de Rodgers.

**Métodos:** Trata-se de uma análise concetual na visão evolucionária de Rodgers (2000), acerca do conceito toque terapêutico nos cuidados de enfermagem, a par da revisão integrativa da literatura com base na questão de pesquisa: Qual é o conceito do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem? Quais os atributos, antecedentes e consequentes do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem? A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO Host, através da conjugação dos descritores DeCS/MESH “therapeutic touch”, “nursing” e “nursing care” e do operador booleano AND no período temporal de 2000 a 2020.

**Resultados:** A amostra foi constituída por oito estudos que identificaram três pilares temáticos: (i) atributos: método complementar e eficaz, técnica, ferramenta, intervenção de enfermagem, uso das mãos, intenção de ajudar ou curar, tratamento complementar, toque intencional, transferência de energia; (ii) antecedentes: dor, ansiedade, fadiga, demência, doença de Alzheimer, cefaleia de tensão, síndrome de fibromialgia e problemas cardiovasculares; (iii) consequentes: promove um efeito calmante; aumenta a empatia, satisfação, interação, respeito, sentido de valor e vida; promove bem-estar, conforto, tranquilidade e paz, esperança, segurança, motivação, humor e qualidade do sono; reduz o stress e comportamentos perturbadores; promove a melhoria do status funcional e qualidade de vida.

**Conclusão:** O toque terapêutico está implícito no exercício profissional dos enfermeiros requerendo um ajustar concreto e singular à circunstância e necessidades reais da pessoa, em prol de uma prática confortadora.

### **Descritores**

Toque terapêutico; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Assistência centrada no paciente; Conforto do paciente.

## **Introdução**

Baseado numa visão integral do ser humano e no sentido de proporcionar o cuidado e o conforto necessário para o restabelecimento da pessoa, o toque é uma importante ferramenta e versátil na sua utilização (Dias, Oliveira, Dias & Santana, 2008). Surge como uma necessidade da pessoa ao longo do ciclo vital. Como resposta, permite estabelecer relações, afetos ou minimizar a sensação de solidão ou sofrimento (Pacheco, Viegas & Rosa, 2007).

O cuidar da pessoa de forma holística (Bodkin, 2003; Chang, 2001), é parte integrante da filosofia de enfermagem (Bodkin, 2003). Num contexto de complexidade e imprevisibilidade que caracteriza a produção de cuidados de enfermagem, o toque remete-nos para uma interação positiva pela aproximação, ao fazer notar a presença de alguém, transmitindo atenção, preocupação, carinho, sendo revelador de ajuda e conforto (Dias et al., 2008; Pacheco et al., 2007).

Alicerçado numa relação interpessoal, o toque na enfermagem assume uma forma de cuidado singular e humanizador. Consideram-se três formas de expressão do toque no cuidado de enfermagem: (i) o toque instrumental relacionado com a execução de técnicas e procedimentos, envolvendo o contacto físico obrigatório; (ii) o toque afetivo, mais espontâneo revelador de apoio, conforto e aproximação (iii) o toque terapêutico, (doravante, TT), uma forma interativa de conforto, reveladora de ajuda pela proximidade e envolvimento, com o propósito de restaurar a "plenitude" para com a pessoa (Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006).

O TT surgiu no início dos anos 70, como uma técnica multidimensional que poderia ser realizada por qualquer pessoa, desde que esta estivesse focada em ajudar e assumisse uma atitude de compaixão. Apareceu no auge do uso de tratamentos de alta tecnologia e pode ter surgido como uma oposição de equilíbrio, através de uma abordagem mais prática e compassiva (Fortune & Price, 2003).

Os princípios que o sustentam são os da Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Rogers e foi desenvolvido por Dolores Krieger e Dora Kunz (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Pacheco et al., 2007). Em 1994 foi validada a sua eficácia como terapia alternativa de acordo com o Instituto Nacional de Saúde de Washington. Em 2004, foi recomendado pelo Departamento de Saúde e Envelhecimento da Austrália, como uma estratégia psico-social nos doentes agitados em alternativa ao uso de limitação e restrição física (Pacheco et al., 2007). Na Universidade de Nova York, foi reconhecido cientificamente como uma formação avançada (Alp & Yucel, 2020; Pacheco et al., 2007), e no Quebec pela ordem dos enfermeiros (Pacheco et al., 2007).

Numa tentativa de aproximação ao particular, o enfermeiro é o profissional de saúde que constantemente avalia as diferentes necessidades, percebe os desejos, vontades e preferências da pessoa, identifica os medos e receios e os indicadores de conforto e desconforto, e age mediante o reconhecimento do outro, mediante aquilo que ele próprio revela ou manifesta, na procura de um agir responsável e refletido, onde o toque encontra sentido ao transcender o agir técnico (Sousa, 2020).

O conceito do TT na área de enfermagem não é claro pela sua natureza multidimensional e pela dificuldade na operacionalização. Assim, torna-se pertinente a análise deste conceito (TT), na enfermagem, a fim de dar visibilidade a uma abordagem terapêutica acessível aos enfermeiros, compreender os seus atributos, antecedentes e consequentes, de modo a tornar este conceito mais claro, ou seja especificá-lo e evidenciar a sua importância no quotidiano dos cuidados.

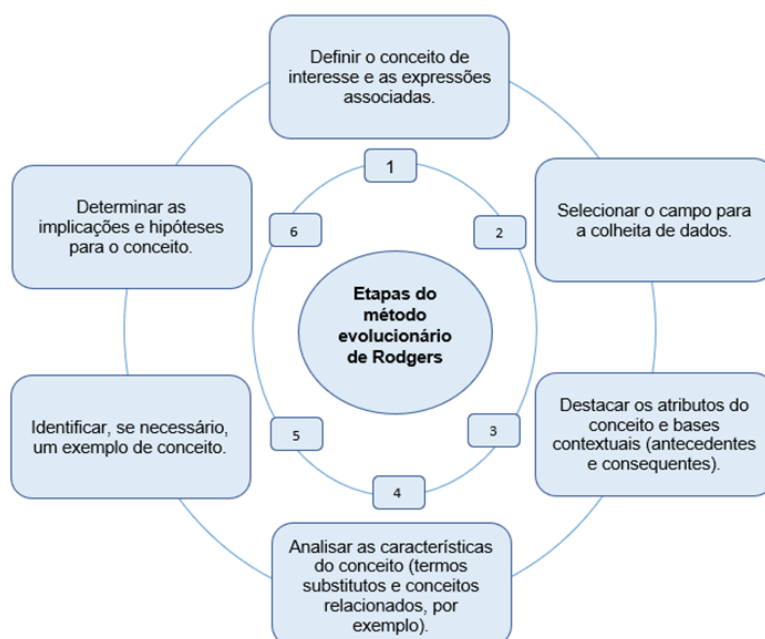
Na revisão da literatura efetuada, não foram encontrados estudos sobre a análise de conceito do TT no cuidado de enfermagem pelo que, se torna pertinente a realização desta análise conceitual, com o objetivo de analisar o conceito do TT no cuidado de enfermagem, especificando os seus atributos, antecedentes e consequentes.

## **Métodos**

O referencial teórico e metodológico utilizado foi o conceito evolucionário de Rodgers (2000) (Sousa et al., 2018). Este método assenta num modelo de análise que permite o esclarecimento e compreensão do conceito ao longo de um período e em determinado contexto, com interesse para a área do conhecimento em questão, e caracteriza-se por olhar um conceito como algo dinâmico, amplo e absoluto, influenciado pelos aspetos contextuais. Trata-se de um processo cíclico, conduzido por três elementos: significado (significance), uso (use) e aplicação (application). Com outras palavras, o significado de determinado conceito depende do seu uso e aplicação (Rodgers, 2000).

O método evolucionário de Rodgers corresponde a um modelo indutivo e descritivo utilizado para investigar o consenso e o conhecimento histórico de determinado conceito (Rodgers, 2000). A sua operacionalização acontece em seis etapas, apresentadas na Figura 1.

**Figura 1.** Etapas do método evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito (adaptado) de Rodgers (2000).



Para este estudo, definiu-se como: (i) identificação do conceito e termos associados - “toque terapêutico” nos cuidados de enfermagem. Para identificar os termos associados do conceito, recorreu-se aos dicionários e literatura disponível on line, sem restrições ao campo específico da saúde. A palavra TT, não figura no Dicionário Escolar da Língua Portuguesa, surgindo em modo de termos isolados. A palavra toque, significa o ato ou efeito de tocar, contacto; a palavra terapêutico significa, relativo a terapêutica (Dicionário Escolar da Língua Portuguesa, 2018). Na literatura, o TT é definido como uma técnica contemporânea de terapia complementar desenvolvida na década de 70 e sustentada pelos princípios da Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Rogers. Deriva da imposição das mãos e não possui qualquer base religiosa e é independente da fé ou crenças daqueles que o recebem ou praticam (Pacheco et al., 2007). No contexto específico da saúde e segundo os descritores em ciências da saúde, o termo TT surge descrito como a colocação das mãos do curador sobre a pessoa a ser curada com a intenção de curar pela energia espiritual. O termo TT, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), aparece pela primeira vez em 2019 com a descrição de terapia e toque terapêutico. Como eixo surge descrito como recurso e intervenção. Na NANDA, o termo TT não aparece descrito.

A (ii) seleção do campo para a colheita de dados - o seguimento da pesquisa pautou-se por uma revisão integrativa da literatura, cumprindo-se as seguintes etapas: identificação das questões de pesquisa; determinação dos critérios de inclusão; busca da literatura; avaliação dos dados; análise dos resultados; e apresentação (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017).

A questão de pesquisa para a revisão foi: Qual é o conceito de TT nos cuidados de enfermagem? Quais os atributos, antecedentes e consequentes do TT nos cuidados de enfermagem?

A pesquisa da literatura foi realizada entre 15/11/20 a 15/12/20 na plataforma EBSCO Host, nas bases de dados electrónicas. CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, na Biblioteca do Conhecimento Online b-on. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e em inglês do MESH “*therapeutic touch*”, “*nursing*” e “*nursing care*”, articulados com o operador booleano AND. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram, artigos com texto integral publicados nos últimos 20 anos e redigidos em português, inglês e francês, indexados nos referidos bancos de dados, que retratassem a temática referente ao conceito do TT. Escolheu-se a metodologia de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Joanna Briggs Institute, 2015), para sistematizar o processo de inclusão dos estudos.

Para a seleção dos estudos foram realizadas três etapas, a primeira consistiu na remoção dos artigos duplicados, a segunda na avaliação de títulos e resumos e finalmente à leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, chegando à amostra final de oito artigos.

Selecionados os estudos, procedeu-se à leitura integral e avaliação metodológica tendo em conta a classificação de nível de evidência da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Joanna Briggs Institute, 2014). Ainda, a análise concetual do conceito TT, foi realizada à luz do método evolucionário de Rodgers quanto aos itens: antecedentes, consequentes, termos substitutos, conceitos relacionados e atributos do conceito, apresentados na Tabela 1, adaptado de Rodgers 2000 (Sousa et al., 2018).

**Tabela 1.** Itens, conceitos e questões da análise concetual da expressão TT segundo o método evolucionário de Rodgers.

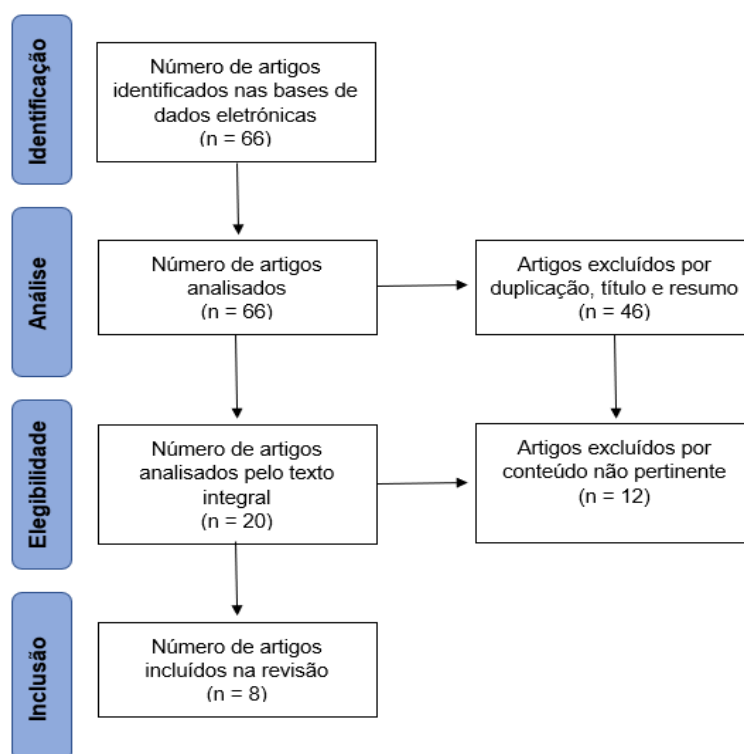
Item analisado	Conceito	Questão
Antecedentes	Representam as situações, eventos ou fenómenos necessários para a ocorrência do conceito de interesse.	Quais as situações, eventos ou fenómenos que contribuíram para a ocorrência do TT?
Consequentes	Correspondem aos resultados da aplicação do fenómeno analisado	Quais as consequências da aplicação de TT?
Termos substitutos	Palavras ou expressões que aparecem de forma repetida na literatura.	Quais as palavras ou expressões que substituem a expressão TT?
Conceitos relacionados	Correspondem aos conceitos e hipóteses que contribuem para a formulação de um significado do conceito avaliado.	Quais os conceitos e hipóteses que contribuem para a formulação do significado do conceito TT?
Atributos do conceito	Definição real do termo e as palavras ou expressões que mostram a essência do conceito.	Como é que os autores definem o conceito TT? Quais as principais características apresentadas pelos autores acerca do TT?

O processo de busca e seleção foi realizado por dois pesquisadores, independentes, no mesmo dia e horário, sendo que, perante algumas discordâncias, foi pedida a avaliação de um terceiro avaliador.

## Resultados

No resultado da pesquisa, foram obtidos um total de 66 artigos, dos quais 46 foram excluídos por duplicação, título e resumo, identificando assim 20 artigos para leitura de acordo com os critérios de inclusão. Destes, oito foram incluídos na revisão conforme fluxograma na Figura 2.

**Figura 2.** Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos



Relativo ao nível de evidência: dois estudos apresentam nível de evidência de 1.A (Santos & Carvalho, 2012) e de 1.C (MacNeil, 2006), três apresentam o nível de evidência 2.C (Alp & Yucel, 2020; Bahman, Iranmanesh, Eshghi & Baneshi, 2012; Rexilius, Mundt, Megel & Agrawal, 2002) e um 2.D (Gregory & Verdouw, 2005), sendo que dos restantes, um apresenta o nível de evidência de 4.A (Fonseca, Ramos, Vilelas, Castro, & Botelho, 2012) e outro 4.C (Chang, 2001).

A sistematização da análise efetuada aos oito artigos selecionados, é apresentada segundo o instrumento adaptado do manual metodológico para Revisões *Scoping* do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020), destacando as características principais dos artigos analisados e respectivos resultados (Quadro 1). O período de publicação dos artigos é compreendido entre os anos de 2000 e 2020.

**Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa.**

Estudo/ Autores/ Ano	Amostra / Tipo de estudo / Nível de Evidência	Objetivos	Resultados
E1 Alp, F., Yucel, S. 2020	- 60 idosos: 30 no grupo experimental e 30 no grupo controle - Estudo quase experimental randomizado - 2C	Conhecer os efeitos do TT no conforto e ansiedade de residentes em lares de idosos.	O TT é um método holístico; terapia energética universal, comprovada e eficaz, usada com um propósito definido; com compaixão para apoiar a saúde das pessoas; realizado com as mãos; concentra-se nos campos eletromagnéticos extracorpóreos e nos campos energéticos intracorpóreos; contribui para o equilíbrio e recuperação da saúde; é um método complementar para aumentar o conforto e a sensação de segurança, redução da ansiedade.  Revelou-se eficaz em populações específicas e contribuiu: em pacientes idosos e mulheres em adaptação a cateteres cardíacos para o aumento dos níveis de conforto, redução da dor, ansiedade e preocupação; em pacientes submetidos a quimioterapia para a redução da dor e fadiga; com demência para a redução dos sintomas; com fibromialgia foi eficaz no aumento da qualidade de vida; em pacientes pós-operatórios, constatou-se que os níveis de cortisol diminuíram.
E2 Santos, D., Carvalho, E. 2012	- 12 estudos experimentais, randomizados e controlados - Revisão integrativa da literatura - 1 A	Analisar a literatura científica em relação às evidências dos resultados produzidos por cuidados de enfermagem direcionados a pessoas com artrite.	O TT como terapia complementar foi eficaz na redução da dor, melhoria do status funcional e do bem-estar nos sujeitos do grupo experimental comparado aos demais grupos.
E3 Fonseca, C., Ramos, A., Vilelas, J., Castro, C., Botelho, M. 2012	- 9 estudos: 7 do paradigma dedutivo e 2 do paradigma indutivo; - Revisão sistemática da literatura - 4 A	Identificar os benefícios das intervenções de enfermagem individualizadas, em pessoas de meia-idade e idosas	O TT enquanto intervenção de enfermagem individualizada aumenta a empatia na relação interpessoal pessoa-enfermeiro e a satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem.  A valorização das preferências e dos valores individuais combinados com o toque terapêutico, como a massagem, restauraram a tranquilidade, esperança, motivação e humor.
E4 Bahman, B., Iranmanesh, S., Eshghi, F., Baneshi, M. 2012	- 90 bebês prematuros, divididos aleatoriamente em 3 grupos (peso do bebê ao nascer e idade gestacional) - Estudo quase experimental - 2C	Comparar o efeito de Yakson e GHT sobre os estados comportamentais de bebês prematuros.	O TT é um tratamento complementar; uma técnica de tratamento não invasiva que não requer nenhum equipamento ou tecnologia especial.
E5 MacNeil, M.	- 10 doentes com dores de cabeça de tensão, escolhidos	Investigar o TT na dor de cabeça de tensão em adultos.	O TT é uma terapia/ método complementar benéfico; uma ação intencional; uma intervenção de enfermagem viável e eficaz, com foco no

2006	aleatoriamente para grupos de controle e experimentais - Estudo descritivo - 1C		<p>cuidado e intenção de ajudar ou curar; uma interação de cura que afeta significativamente cada pessoa envolvida.</p> <p>Uma intervenção de enfermagem autônoma com potencial positivo, econômica, cuidadosa e apropriada, que não requer equipamento, ordem médica ou supervisão; benéfico na cicatrização de feridas, aumento da função imunológica, relaxamento, controle da dor e das cefaleias tensionais com aumento da hemoglobina.</p> <p>Tem um efeito analgésico suave para o controle da dor; um efeito calmante quando usado como uma intervenção de enfermagem em pacientes ansiosos.</p> <p>Consiste na transferência do excesso de energia do cuidador para quem sofre de dor.</p>
E6 Gregory, S., Verdouw, J. 2006	- 121 participantes: 57% foram agrupados de acordo com a condição fisiológica dos participantes, e 40% de acordo com o diagnóstico (alteração do comportamento) - Estudo longitudinal com implementação de programa de TT com avaliação pré-pós teste a grupo de intervenção, com grupo de controle equivalente - 2D	Discutir a eficácia do TT nos cuidados prestados aos idosos em residências de cuidados de saúde para idosos.	<p>O TT é uma técnica/abordagem terapêutica de qualidade dirigida às necessidades individuais do paciente.</p> <p>Processo intencional que envolve a troca de energia entre os profissionais que utilizam as suas mãos e as pessoas com vista à cura e reequilíbrio da “totalidade” da pessoa.</p> <p>Ferramenta/estratégia de intervenção simples, eficaz e não invasiva que requer apenas o uso intencional das mãos de um cuidador; método eficaz promotor de conforto com benefícios na promoção da paz, calma, tranquilidade e bem-estar.</p> <p>Mostrou efeitos positivos: na redução da angústia, ansiedade, stress, dor, pressão arterial; infecções respiratórias, alergias, cefaleias e queixas músculo-esqueléticas.</p> <p>Estimula o relaxamento psicológico, a qualidade do sono, a cicatrização de feridas e melhora o bem-estar geral.</p> <p>Revelou uma redução das taxas respiratórias e cardíacas, relaxamento muscular, dilatação dos vasos sanguíneos ou redução da circunferência do edema; redução da vocalização, inquietação, vaguear, gritar ou chorar, e capacidade para dormir.</p> <p>Diminui comportamentos perturbadores em pessoas com demência e doença de Alzheimer.</p> <p>Promoveu uma melhoria da saúde, respeito, afirmação, tranquilidade e um sentido de valor.</p>
E7 Rexilius, S., Mundt, C., Megel, M., Agrawal, S. 2002	- 36 cuidadores: 13 no grupo controle, 13 no grupo de massagem terapêutica e 10 no grupo toque de cura - Estudo quase-experimental randomizado - 2C	Examinar o efeito da massagem terapêutica e toque de cura na ansiedade, depressão, sobrecarga subjetiva do cuidador e fadiga experimentada por cuidadores de	<p>O TT é uma técnica/ferramenta energética única e um processo intencional de troca de energia, mediado pelas mãos.</p> <p>Revelou-se eficaz na redução da ansiedade, stress e agitação em pacientes com problemas cardiovasculares, pacientes psiquiátricos internados, idosos que vivem em instalações de cuidados de longa duração, mulheres viúvas recentemente, doentes com Alzheimer e em crianças.</p>

		pacientes, submetidos a transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas	
E8 Chang, S. 2001	- Realizadas entrevistas a 42 sujeitos: - 15 profissionais de saúde, 4 terapeutas alternativos - 10 pacientes internados e 13 adultos saudáveis; - Método qualitativo - 4C	Identificar o conceito de Ki. relacionado com o toque no contexto do cuidado na sociedade e cultura coreana	O TT é uma terapia complementar/intervenção de enfermagem amplamente reconhecida.  Modalidade de cura holística que envolve o uso de mãos, reconhecido pelos seus praticantes como um meio eficaz para aliviar a dor.  Definido como uma interpretação criativa de várias práticas de cura antigas que lidam com conceitos como a imposição das mãos, transferência de energia e a cura interior.

Em seguida são destacados os (iii) atributos do conceito e as bases contextuais (anteriores e consequentes).

Os atributos do TT respondem ao questionamento do modelo e são essenciais para a formulação do TT e relacionam-se com a natureza do conceito em estudo. Destacam-se como atributos do conceito de TT: um método complementar (Alp & Yucel, 2020; MacNeil, 2006) e eficaz (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005), uma técnica (Bahman et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), uma ferramenta simples (Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), uma intervenção de enfermagem (Chang, 2001; Fonseca et al., 2012; MacNeil, 2006), o uso das mãos (Alp & Yucel, 2020; Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), uma intenção de ajudar ou curar (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), um tratamento complementar (Bahman et al., 2012), o toque intencional (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), uma intervenção confortadora (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005) e a transferência de energia (Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006).

Ainda, o conceito TT é antecedido, na perspectiva da visão evolucionária de Rodgers, por diversas situações, eventos ou fenômenos.

Como antecedentes do TT emergiram: dor, ansiedade, fadiga, demência, doença de Alzheimer, cefaleia de tensão, síndrome de fibromialgia e problemas cardiovasculares. Relativamente aos consequentes do TT verifica-se: promove um efeito calmante; aumenta a empatia, a satisfação, a interação, o respeito e o sentido de valor e vida; promove o bem-estar, o conforto, a tranquilidade e a paz, a esperança, a segurança, a motivação, o humor e a qualidade do sono; reduz o stress e os comportamentos perturbadores; promove a melhoria do status funcional e qualidade de vida.

Na etapa seguinte apresenta-se a (iv) análise das características do conceito de TT (termos substitutos e conceitos relacionados).

Os termos substitutos e os conceitos relacionados correlacionam-se com os aspectos inerentes do processo de TT e abrangem desde os princípios inerentes ao TT até o nível de satisfação dos envolvidos. Nessa perspectiva, identificamos em seguida, os principais conceitos relacionados encontrados na revisão efetuada, nomeadamente, um método holístico, uma terapia energética, uma terapia complementar e uma modalidade de cura holística. Foi possível identificar na literatura como termo substituto: ferramenta energética.

A etapa (v) identificar, se necessário, um exemplo do conceito, não foi implementada por não ter surgido na literatura nenhum exemplo da aplicação do conceito de TT.

Relativamente à última etapa (vi) implicações e hipóteses para o conceito, mediante a análise dos estudos infere-se que o toque terapêutico nos cuidados de enfermagem está centrado em quatro premissas: (i) é uma intervenção de enfermagem clinicamente relevante, independente, cuidadosa e económica, mediada pela interação que utiliza uma ferramenta simples - o uso das mãos - com a intenção de ajudar ou curar; (ii) é um processo único, intencional e individualizado de transferência de energia, dirigido às necessidades individuais da pessoa, com o potencial de confortar, melhorar o bem-estar, restaurar e equilibrar a totalidade da mesma; (iii) consiste num método não invasivo, complementar e eficaz para aliviar a dor e o desconforto, que potencia as capacidades naturais de cura (iv) como método holístico é determinante para o conforto da pessoa e para a qualidade do cuidado prestado.

## **Discussão**

O conceito de TT nos cuidados de enfermagem nos últimos anos não tem sido discutido como observado pelo ano de publicação dos estudos, sendo que, o estudo mais recente foi publicado no ano de 2020. Em oposição, surge o ano de 2001, com o mesmo número de publicações 12,5%. Destaca-se com o maior número de publicações o ano de 2012 com 37,5%, seguindo-se o ano de 2006 com 25% e ainda com 12,5% o ano de 2002. Acresce que nenhum dos estudos foi publicado na Europa, mas sim, dois no Brasil, dois nos Estados Unidos da América, um na Turquia, Irão, Austrália e Coreia do Sul, dos quais, 75% foram publicados em inglês e os restantes em português. Comparativamente ao nível de evidência, verificamos que 50% dos estudos apresentados estão no nível 2 enquanto que 25% estão no nível 1 e a mesma percentagem no nível 4.

Relativamente às bases contextuais do TT a salientar que, foram identificados em 5 artigos (Alp & Yucel, 2020; Fonseca, et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Santos & Carvalho, 2012), não foram encontrados em dois artigos (Bahman et al., 2012; Chang, 2001) e num, os

anteriores e consequentes identificados não estão de acordo com o objetivo do artigo em estudo, porém foram considerados relevantes (Chang, 2001).

Os dados obtidos demonstraram que a análise conceitual realizada na perspectiva da visão evolucionária de Rodgers acerca do TT revelou-se positiva, pois possibilitou compreender que o TT pela sua natureza, é desejável em qualquer etapa da vida e em qualquer circunstância, permitindo individualizar o cuidado de enfermagem promotor de conforto e bem-estar, potenciando a qualidade de vida e saúde das pessoas.

O conjunto de achados indicam que o TT tem o potencial de beneficiar os doentes, porque a sua utilização possibilita particularizar o cuidado de enfermagem, no tratamento humanizado e integral do doente de forma autónoma, consciente e humana.

O TT é considerado uma ferramenta energética (Rexilius et al., 2002) e assume que todos os seres vivos possuem um campo energético que envolve e permeia o corpo físico (Chang, 2001; Rexilius et al., 2002), onde a interação equilibrada de energias serve para aumentar a capacidade de auto-cura do recetor (Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005). É reconhecido como uma modalidade de cura holística que envolve a imposição das mãos (Chang, 2001) e pode ser realizado com contacto (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Rexilius et al., 2002) ou sem contacto (MacNeil, 2006), com um propósito definido e com compaixão (Alp & Yucel, 2020). É estimado como uma terapia complementar (Chang, 2001; MacNeil, 2006; Santos & Carvalho, 2012) e um método holístico (Alp & Yucel, 2020) que afeta significativamente cada pessoa envolvida (MacNeil, 2006).

Os resultados da investigação salientam que nos cuidados de enfermagem o TT assume-se como uma intervenção de enfermagem (Chang, 2001; Fonseca et al., 2012; MacNeil, 2006), com foco no cuidado e intenção de ajudar ou curar (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), dirigida às necessidades individuais do paciente (Fonseca et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005). Através do toque intencional (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006) e da transferência de energia (Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), emerge como um método complementar e eficaz (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), que utiliza uma ferramenta simples (MacNeil, 2006; Rexilius et al., 2002), o uso das mãos (Alp & Yucel, 2020; Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), agindo com o propósito expresso de curar e restaurar a "totalidade" da pessoa (Gregory & Verdouw, 2005). É uma técnica única (Chang, 2001) e independente (MacNeil, 2006) de tratamento não invasivo, que não requer nenhum equipamento ou tecnologia especial (Bahman et al., 2012; MacNeil, 2006), em que, potencia as capacidades naturais de cura de quem está doente (Chang, 2001). É uma intervenção clinicamente relevante, prevenindo e diminuindo comportamentos perturbadores (Gregory & Verdouw, 2005). Tem o potencial de

melhorar o bem-estar (Gregory & Verdouw, 2005) e é um método eficaz e complementar de proporcionar conforto (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005). Além de que, contribui para o aumento da empatia na relação interpessoal pessoa-enfermeiro e para a satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem (Fonseca et al., 2012).

Dos estudos selecionados, 87,5% tiveram como foco de interesse o efeito do TT (Alp & Yucel, 2020; Bahman et al., 2012; Fonseca et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Santos & Carvalho, 2012; Rexilius et al., 2002) e em 50% deles a população de interesse foram os idosos (Alp & Yucel, 2020; Fonseca et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005; Santos & Carvalho, 2012). Os enfermeiros destacam-se pela sua participação, no entanto um dos estudos (Chang, 2001) é realizado com quatro terapeutas alternativos, nove enfermeiros, três médicos e três farmacêuticos. A inclusão de outros profissionais enriquece a investigação pela sua multidisciplinaridade.

É uma técnica amplamente reconhecida (Chang, 2001) como meio eficaz para aliviar a dor (Alp & Yucel, 2020; Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Santos & Carvalho, 2012), sendo mesmo citado como um analgésico suave (Gregory & Verdouw, 2005) e benéfico em: estimular a cicatrização de feridas (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006); diminuir a pressão arterial; aliviar infeções respiratórias, alergias e queixas músculo-esqueléticas (Gregory & Verdouw, 2005).

Verificou-se ainda ser eficaz em diferentes populações, nomeadamente pacientes com cancro sob quimioterapia (Alp & Yucel, 2020), doença de Alzheimer (Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), demência (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005), fibromialgia (Alp & Yucel, 2020), problemas cardiovasculares (Alp & Yucel, 2020; Rexilius et al., 2002) e psiquiátricos (Rexilius et al., 2002), para além de idosos a viverem em instalações de cuidados de longa duração (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), mulheres viúvas recentemente, crianças (Rexilius et al., 2002) e pacientes no pós operatório (Alp & Yucel, 2020).

Nos estudos apresentados, em contexto de estruturas residenciais para pessoas idosas, constatou-se que o TT tem potencial para melhorar o bem-estar dos residentes, independentemente da sua condição específica, permitindo o alívio do stress e da ansiedade. Estes participantes referiram benefícios ao nível do alívio da dor, sensação de melhoria da saúde (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005) e evidenciaram respeito, afirmação, tranquilidade e um sentido de valor, bem como o aumento da duração e qualidade do sono (Gregory & Verdouw, 2005). A valorização das preferências e dos valores individuais combinados com o toque terapêutico, como a massagem, restauraram a esperança, motivação e humor (Fonseca et al., 2012). Foi ainda observado que os níveis de conforto na população referida aumentaram (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005).

Dos estudos analisados, apenas um, refere o TT sem contacto. O desenho deste estudo foi para determinar se o TT é devido a uma troca de energia, conforme o estabelecido no sistema abstrato de Rogers. Os resultados deste estudo demonstraram que no estado de ansiedade o TT com ou sem contacto eram idênticos, promovendo a diminuição da tensão vivida (MacNeil, 2006). Uma possível justificação para o uso do TT com ou sem contacto, poderá ser a interpretação criativa de várias práticas de cura antigas que lidam com conceitos como a imposição das mãos, transferência de energia e a cura interior (Chang, 2001).

Os efeitos positivos foram observados no controle da dor (Alp & Yucel, 2020; Chang, 2001; Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006; Santos & Carvalho, 2012), ansiedade (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), fadiga (Alp & Yucel, 2020), cefaleias (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), stress (Gregory & Verdouw, 2005; Rexilius et al., 2002), angústia, pressão arterial, infeções respiratórias, alergias e queixas músculo-esqueléticas (Gregory & Verdouw, 2005). São ainda documentados como efeitos positivos, o aumento da empatia, satisfação, interação, respeito e o sentido de valor e vida (Fonseca et al., 2012). Constatou-se igualmente, que estimula o relaxamento psicológico (Gregory & Verdouw, 2005) e muscular (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), a cicatrização de feridas, o aumento da hemoglobina e da função imunológica (MacNeil, 2006). Acresce ainda, a promoção do conforto (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005), do bem-estar (Alp & Yucel, 2020; Gregory & Verdouw, 2005; Santos & Carvalho, 2012), tranquilidade (Fonseca et al., 2012; Gregory & Verdouw, 2005), calma (Gregory & Verdouw, 2005; MacNeil, 2006), segurança (Alp & Yucel, 2020), esperança, motivação, humor (Fonseca et al., 2012), paz e qualidade do sono (Gregory & Verdouw, 2005). Reduz os níveis de cortisol (Alp & Yucel, 2020), os comportamentos perturbadores (Gregory & Verdouw, 2005) e leva à melhoria do status funcional (Santos & Carvalho, 2012) e da qualidade de vida (Alp & Yucel, 2020).

Como Intervenção é clinicamente relevante (Gregory & Verdouw, 2005), cuidadosa e económica (MacNeil, 2006). Sem custos associados, trata-se de uma intervenção autónoma de enfermagem que não requer prescrição médica ou qualquer tipo de supervisão, pelo que qualquer enfermeiro a poderá utilizar, dado que tem inúmeros benefícios para a pessoa e família alvo dos cuidados de enfermagem (Bahman et al., 2012; MacNeil, 2006).

## **Conclusão**

A análise concetual realizada na perspetiva da visão evolucionária de Rodgers acerca do TT demonstrou as diversas faces do conceito, desde os antecedentes, consequentes e atributos, na relação com o cuidado de enfermagem. A identificação destes aspetos possibilita compreender que o TT pela sua natureza, é desejável em qualquer etapa da vida e em qualquer circunstância,

permitindo individualizar o cuidado de enfermagem promotor de conforto e bem-estar, potenciando a qualidade de vida e saúde das pessoas. Ao permitir uma resposta ajustada à pessoa em situação de fragilidade em diferentes contextos, acredita-se estarmos perante uma terapia complementar - uma prática de dimensão humana - fundada na integridade moral ao se determinar no melhor interesse da pessoa cuidada. A utilização do TT possibilita particularizar o cuidado de enfermagem no alívio do sofrimento, de tal modo que a sua intervenção permite intervir no contexto desconfortador do doente, o que se torna fundamento para novos estudos e redirecionamento de outros. Percebe-se ainda, que o TT é conceituado como um método holístico qualificador do cuidado que, simultaneamente, garante a satisfação da díada profissional - receptor de cuidados. A partir dessas concepções, as implicações deste estudo convergem para a promoção de reflexões acerca da temática, como também, para a clarificação concetual em diversos contextos independentemente da sua metodologia. Adicionalmente, deseja-se fortalecer a cultura humanizadora do cuidado em saúde onde o TT terá expressão, para que, os enfermeiros cuidem não só com as suas mãos mas também com o seu coração e mente.

## **2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

O capítulo que se segue, descreve o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área à Pessoa em Situação Crítica e Família, ao longo dos anos de experiência na prática dos cuidados e durante os dois contextos de estágio, o primeiro no Serviço de Urgência e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Ambos os cenários foram reveladores de uma escolha acertada, proporcionando oportunidades e experiências únicas de desenvolvimento e crescimento profissional/pessoal. Contribuindo assim, para a aquisição e mobilização de saberes e desenvolvimento do raciocínio crítico-reflexivo, norteadores do sentir e do pensar, o que refletiu o agir humano.

Desta forma, esta etapa surge como fundamental e determinante na aprendizagem, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas exigidas à futura Enfermeira Especialista em EMC na área à Pessoa em Situação Crítica e Família.

O desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros, afigura-se como uma componente essencial. Destes, “espera-se sem dúvida, o cuidado devido, no respeito pelos direitos e necessidades do cidadão. Por cuidado devido, pode entender-se a ação que pressupõe a formação adequada e a posse de certas habilidades e competências, diligência” (Vieira, 2017, p. 90).

O patamar da excelência do cuidar em enfermagem, alcança-se assim com base na procura da competência. Esta, é descrita por Fleury & Fleury, (2001, p.188) como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.”

Pretende-se por isso, que o Enfermeiro Especialista, seja um profissional reflexivo, com saberes profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica, ética e relacional no contexto apropriado, de forma a prestar, a par dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados dentro da área de especialidade (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1998).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é aquele que “concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades dos doentes e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE,

2017, p.5). Sendo este, referência no cuidado do doente a experienciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, oriundos de doença aguda ou crónica.

Todos os Enfermeiros Especialistas, no processo de desenvolvimento de competências partilham de um grupo de domínios, considerado competências comuns, que se dividem em quatro domínios, nomeadamente: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. “Demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

As competências específicas são, as que dizem respeito à área de formação específica de cada especialidade, “demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Assim, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Família são: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19359).

Neste percurso formativo tive creditação ao estágio - A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, justificado pelo mencionado no Regulamento de Creditação da UCP, onde é referido que as unidades de ensino da UCP “podem creditar nos seus ciclos de estudo ou curso, nos termos previstos no presente regulamento (...), através da atribuição de créditos e a título extraordinário (...) as decorrentes de outro tipo de formação ou de preparação profissional comprovada, até ao limite de 20% do total de créditos do ciclo de estudos que se pretende prosseguir” (Aviso nº17085/2019 de 24 de outubro, 2019, p. 526). O processo de creditação foi baseado nos anos de experiência profissional e nas competências adquiridas, ao longo desse tempo.

## 2.1. CREDITAÇÃO DO MÓDULO DE VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

O meu trajeto profissional teve início há 22 anos. Trabalhei num serviço de Neurologia, durante os primeiros quatro anos e desde então, exerço funções no serviço Bloco Operatório Central (BOC) de um hospital de Lisboa. O percurso desenvolvido, permitiu-me ter oportunidades de aprendizagem, consolidação de saberes e desenvolvimento de competências.

Desenvolvi competências de enfermeira no perioperatório como Enfermeira de Anestesia, Circulante, Instrumentista e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésica, a doentes submetidos a cirurgia, nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Urologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia e Cirurgia Cardiorácica.

No contexto do perioperatório, o desenvolvimento de competências assume especial relevância, “pois, a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado, e (...) ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19366), havendo necessidade de o enfermeiro o proteger e cuidar.

Deste modo, presto cuidados em concordância com a consciência cirúrgica e a prática diária atende à fundamentação científica, onde muitas vezes a tomada de decisão é também baseada no conhecimento e intuição, que advêm da experiência adquirida ao longo do percurso profissional, indo assim, de encontro à ideia de enfermeiro perito (Benner, 2001).

Apesar do contexto técnico e particular em que executo as intervenções, coloco como centro da minha prática o doente/família e as suas necessidades, nunca esquecendo que é este e a sua família, o meu foco de cuidados. Assim, cuido do doente a vivenciar processos cirúrgicos complexos; otimizoo ambiente; planeio cada intervenção cirúrgica promovendo condições de segurança para a realização da mesma; estou atenta à assepsia, maximizando a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS); e estabeleço o elo de ligação com a família/cuidador, pelo que, sempre que possível e após a estabilização do doente, promovo a visita de um familiar, o que se traduz na redução da ansiedade do doente/família, bem como na promoção da tranquilidade e bem-estar. Deste modo, tenho presente na minha ação os cuidados basilares para a manutenção da qualidade, promoção da segurança e conforto, agindo no melhor interesse do doente a cuidar. A referir, que fui o elemento dinamizador para a realização das marcações pré-cirúrgicas da especialidade de Cirurgia Plástica, dentro da suite operatória e com os profissionais estritamente necessários. Estas marcações exigem que o doente exponha as partes do corpo que vão ser intervencionadas (tórax, região abdominal, membros inferiores até à raiz da coxa), anteriormente realizadas na sala de indução cirúrgica, onde mesmo com o uso de cortinas, o doente era sujeito ao olhar de todos os profissionais que ali passassem (comprometendo a privacidade). Desta forma agi de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4746).

Foi-me atribuída a função de responsável da valência de Cirurgia Cardiorácica (presentemente extinguida), sendo atualmente o elemento corresponsável da especialidade de Cirurgia Plástica.

Assim, tenho a responsabilidade de: promover e acompanhar projetos inovadores na área da gestão de cuidados; garantir a gestão da sala operatória; avaliar diariamente o planeamento cirúrgico e promover condições de segurança; atuar como consultor técnico e apoiar a equipa pluridisciplinar; promover um bom relacionamento dentro da equipa pluridisciplinar, com outros serviços, departamentos e organizações; participar na formação específica de enfermeiros e assistentes operacionais, realizar formação contínua e formação em serviço; acompanhar e orientar alunos e enfermeiros em estágios integrados na equipa e na suite operatória; promover a elaboração de protocolos de atuação, com vista a uniformizar procedimentos e facilitar o desempenho dos profissionais. Com estas ações desenvolvi práticas de qualidade orientando e colaborando em programas de melhoria contínua e otimizando as “respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade” dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4748). A acrescentar, que o plano de integração de enfermeiros vigente no serviço, foi elaborado por mim, para a especialidade de Cirurgia Geral, e alargado a todas as especialidades do serviço. É também, da minha responsabilidade a gestão de todo o instrumental, assim como dos dispositivos médicos que sejam necessários para o bom funcionamento da sala operatória. Deste modo, sou responsável por fazer auditorias e pedido de reposição, a todo o instrumental cirúrgico da especialidade da Cirurgia Plástica, de forma a que os dispositivos médicos, se encontrem em conformidade e na quantidade necessária, para garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4747). Ainda e de acordo ao anteriormente referido, sou membro do júri de procedimentos de contratação pública, relativo à aquisição de Instrumental Cirúrgico para a especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Máxilo Facial. Por conseguinte, na prática diária mobilizo conhecimentos e habilidades que garantem a segurança do doente, profissionais e ambiente. Atuo de acordo com a ética profissional, e como modelo de referência, possibilitando uma cultura de consciência cirúrgica em benefício do doente. Intercedo na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória e na prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios, fazendo cumprir e cumprindo os princípios de assepsia e do controlo da contaminação (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Pretende-se de seguida, através da reflexão sustentada na evidência científica descrever os contextos de ensino clínico, e justificar tendo em conta os objetivos delineados e as atividades e meios utilizados, as competências adquiridas e desenvolvidas durante os estágios. Serão referidos alguns exemplos representativos da atuação, por forma a demonstrar as atividades realizadas que contribuíram para a aquisição de competências especializadas.

No início do estágio em cada contexto, elaborei um Projeto que serviu como guia orientador. A sua elaboração revelou-se importante, na medida em que me permitiu uma articulação, entre a intenção de realizar algo e a ação, e entre a teoria e a prática (Cortesão, Leite e Pacheco, 2002). Assim, o que inicialmente deu resposta a uma necessidade curricular, mostrou-se, um instrumento orientador das atividades a desenvolver ao longo do estágio, acabando por direcionar o meu desempenho em contexto clínico e facilitar a execução e avaliação dos cuidados prestados e das competências adquiridas.

Também as reflexões críticas realizadas, proporcionaram excelentes instrumentos para refletir sobre as situações vivenciadas. Integrar essas vivências com os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso, permitiu-me construir conhecimento e promover desenvolvimento pessoal e profissional (Abreu, 2007).

Na continuidade deste documento, surge o momento de descrever e refletir sobre as experiências/vivências dos dois contextos de estágio.

## 2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.

O estágio decorreu durante o período de 1 de setembro a 27 de outubro de 2020, com a carga horária de 180h de contacto e 20h de orientação tutorial, num Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital da periferia de Lisboa. O local de estágio não foi o inicialmente escolhido, contudo devido à presente pandemia provocada pelo SarsCov-2 houve a necessidade de alteração, e veio a revelar-se uma excelente escolha pelo leque de oportunidades de crescimento a nível pessoal e profissional.

Entre as opções possíveis, foi selecionado um Serviço de Urgência Polivalente “o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência” (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014, p. 20674) com uma grande área e população, com vasta experiência na abordagem, avaliação e tratamento do doente em situação crítica, por considerar o mesmo, um desafio no presente percurso formativo e no desenvolvimento de competências especializadas a nível científico, técnico, ético e relacional.

Tive o privilégio de contactar com todos os sectores do Serviço de Urgência (SU), conseguindo assim, obter uma visão mais abrangente da prática do cuidar especializado exigida à Pessoa em Situação Crítica e Família. A Sala de Reanimação (SR) pelo tipo de doentes admitidos, foi o local de eleição para o desenvolvimento da prática clínica. As vivências experienciadas neste espaço permitiram refletir nas coisas mais básicas, contudo essenciais, entre elas a importância de não

descurar a proteção individual, na ânsia de cuidar do outro, constituindo este, um dos temas de reflexão com a Enfermeira Orientadora.

Neste contexto para o processo de aquisição de competências, defini como Objetivo geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica ao doente em situação crítica e família.**

Determinei como **Objetivos específicos:**

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e família, em contexto de urgência.
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores, prestados ao doente em situação crítica e família, no serviço de urgência.

O Serviço de Urgência Polivalente encontra-se dividido em setores e distribuído por dois pisos do hospital, um com a área de ambulatório e Observação Clínica e outro com a Unidade de Internamento. O circuito dos doentes inicia-se com a inscrição na admissão de doentes. Em seguida, é realizada a classificação do grau de prioridade de atendimento, por um enfermeiro, com recurso à Triagem de Manchester, à exceção do doente emergente que segue para a sala de reanimação. De acordo com a cor da triagem e as atitudes terapêuticas, é encaminhado para a área de atendimento correspondente, aguardando a observação médica. Após a avaliação e a prestação de cuidados, o doente poderá ter alta, ser internado num serviço do hospital ou ficar internado no próprio SU a aguardar vaga nos serviços de internamento, bem como, ser transferido para outro hospital que atenda às suas necessidades em cuidados de saúde. Existem doentes que devido à sua situação familiar e/ou social, são encaminhados para o serviço social do hospital de forma a ser resolvida a sua situação aquando da alta hospitalar.

Os recursos humanos de um SUP devem ter equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequados às necessidades da população (Despacho n.º18459/2006 de 12 de setembro, 2006). No que concerne aos recursos humanos de Enfermagem a equipa é constituída por um Enfermeiro Gestor, três Enfermeiros Coordenadores e quatro equipas de horário rotativo. O turno da manhã é constituído por dezasseis elementos, o da tarde por quinze e o da noite por treze, distribuídos pelos diferentes postos de trabalho (Triagem, Sala de tratamentos, Pequena Cirurgia, Reanimação, Área de Observação Clínica, Unidade de Internamento, Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA) e Espaço reservado a doentes Covid).

Na dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. No Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, (2019) é recomendado que 50% da equipa de

enfermagem do SU, seja constituída por Enfermeiros Especialistas em EMC na área à Pessoa em Situação Crítica e Família, durante as 24 horas. Neste serviço apenas doze enfermeiros, são Enfermeiros Especialistas, sendo que dez são Enfermeiros Especialistas em EMC, não se verificando as recomendações anteriormente explanadas. Esta informação levou-me a refletir nas características e necessidades dos doentes que recorrem ao SU. Tendo em conta o tipo de serviço, onde o dinamismo é uma realidade constante, o fluxo de pessoas, a diversidade de problemas e complicações, justificam assim, a pertinência do Enfermeiro Especialista como o elemento com mais competências para fazer face às necessidades das diferentes dimensões do doente, onde na ação alia a técnica à humanização de cuidados.

A passagem de turno era realizada em cada posto de trabalho e junto aos doentes. Considero ser uma vantagem, conseguir visualizar o doente enquanto estou a receber/assimilar a informação, uma vez que consigo “aliar” a informação ao doente. Esta realidade, levou-me a refletir e a procurar explicações no sentido de perceber qual a melhor forma de garantir a continuidade e segurança dos cuidados, bem como a privacidade e confidencialidade dos dados. Estariam os direitos dos doentes e os deveres dos enfermeiros a serem salvaguardados? Segundo a DGS (2017), a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento basilar na segurança do doente, pois está associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados e à diminuição de eventos adversos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 objetivou melhorar a prestação segura de cuidados de saúde, através de objetivos estratégicos, como o aumento da segurança da comunicação. Ainda, na Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro, (2017), é referido que para manter a segurança do doente, a transmissão de informação nas transições de cuidados deve ser “escrita nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação” (p.1), e que a transferência de informação entre os enfermeiros deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, realizada sem interrupções, usando uma comunicação eficaz e segundo a técnica ISBAR (ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados, sendo que o I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações), sendo ainda acrescentado que os intervenientes devem estar identificados. É ainda, referido no Parecer CJ/20 – 2001 de 14 de maio (2001), que a passagem de turno pode ser realizada junto ao doente desde que sejam respeitados os direitos dos doentes, nomeadamente, o que respeita à privacidade e confidencialidade. Acrescentando, que a informação transmitida em presença do doente deverá ser completada num espaço específico dos enfermeiros. Desta forma, quando a transmissão de informação punha em causa a confidencialidade e privacidade do doente, tinha o cuidado de a transmitir em local próprio (sala de trabalho). Para a continuidade da segurança dos cuidados, realizei os registos de enfermagem que são parte integrante no processo de prestação de cuidados e um instrumento de

grande importância na sua avaliação, permitindo a continuidade dos cuidados, prestados de forma organizada e com qualidade.

O SUP tem implementadas as Vias Verdes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Sepsis e Trauma. Na Norma 015/2017 de 13 de julho (2017), a Via Verde é definida como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento de situações clínicas mais frequentes e/ou graves. Estas são ativadas de acordo com critérios pré-estabelecidos e o processo de encaminhamento “iniciado no local do evento ou da apresentação de sintomas, devendo os sistemas, hospitalar e pré-hospitalar, garantir a continuidade e a integração de cuidados” (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014, p. 20675). Para fazer face a este nível de exigência, tive que consultar os protocolos e normas de serviço, procurei a melhor informação, a informação baseada na evidência, pelo que ao cuidar destes doentes tive presente o explanado no Despacho n.º 10319/2014 e nas Normas respeitantes às Vias Verdes da Direção Geral da Saúde (DGS). Ao longo do estágio tive oportunidade de assistir a todas as Vias Verdes, exceto a da Sepsis.

A triagem é o local onde ocorre o primeiro contato da pessoa com um profissional de saúde, nomeadamente, o enfermeiro. Aqui, é definido o encaminhamento do doente para os diferentes setores do SU, de acordo com as necessidades dos doentes e em tempo útil. O objetivo é garantir que os cuidados de saúde são prestados de acordo com os níveis de gravidade e especialidade necessários (Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro, 2018). A passagem por este posto permitiu-me ter consciência da importância do enfermeiro da triagem, a quem atribuo um papel basilar no SU, pois é ele quem define a prioridade do atendimento do doente. Esta realidade permite compreender o nível técnico necessário e rapidez na escolha das prioridades. Consegui perceber a perícia com que o enfermeiro tem de agir na sua prática de cuidados, visível na capacidade de escolha das prioridades e execução das mesmas.

Para poderem prestar cuidados na triagem, os enfermeiros têm que ter no mínimo dois anos de experiência no SU, realizado o curso de Triagem de Manchester e preferencialmente ser “enfermeiros especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019, p. 144). Pelo que é facilmente perceptível, é o Enfermeiro Especialista que tem os conhecimentos, atitudes, juízo clínico, capacidade lógica, reflexão crítica e tomada de decisão, necessários neste setor.

Assim, a minha intervenção consistiu na colaboração com a Enfermeira Orientadora, na escuta do motivo que levava o doente ao SU, identificação do fluxograma e atribuição da prioridade de atendimento. Perante as queixas do doente, o enfermeiro identifica o sintoma inicial e segue o fluxograma de decisão, de entre os 52 itens pré-definidos. Cada conjunto de sintomas ou sinais funciona como discriminador e está associado a uma cor que traduz o nível de prioridade de

atendimento do doente. Numa de 5 categorias identificadas por “emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min.” (Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro, 2018, p.10). A identificação deste fluxograma nem sempre é fácil, pois, se por um lado existem doentes que primam pela especificidade do motivo que recorrem ao SU, outros, obrigam o enfermeiro a exercitar as suas competências a nível da comunicação e orientação da entrevista para realizar a avaliação mais correta da situação, uma vez que, em algumas ocasiões, esta é inespecífica e confusa.

A diversificação dos motivos de utilização do SU pressupõe a realização de reflexões morais, éticas e deontológicas. Ressalvo em seguida, uma situação particular a qual passo a descrever: A D<sup>a</sup> Maria (nome fictício) de 79 anos de idade, recorreu ao SUP, trazida pelos bombeiros, por dor no membro inferior direito com 3 semanas de evolução. Após a realização da triagem foi-lhe atribuída a pulseira verde, que naquele momento apresentava 12 horas de espera por atendimento médico. A Enfermeira Orientadora explicou à doente que a previsão para ser atendida era de 12 horas, mas tendo presente a circular normativa n.º 44/2020 (Reorganização da atividade clínica no âmbito do plano de contingência covid-19) sugeriu que se dirige-se ao Centro de Saúde da área de residência, ao que a doente respondeu, que ficaria a aguardar na urgência.

Esta situação levou-me a refletir nos motivos da utilização do SU. Na procura de respostas encontrei explanado no Artigo 88º da Deontologia Profissional de Enfermagem, que o enfermeiro tem a responsabilidade de reconhecer eventuais falhas, adequar a qualidade dos cuidados ao doente e assegurar condições de trabalho que lhe permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (OE, 2015). É também enunciado na Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014), que o doente tem o direito de escolher os serviços e de receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde com respeito. Sendo a Enfermeira Orientadora e eu as primeiras profissionais de saúde com quem a doente se relacionou, foi-nos confiada a esperança na resolução/alívio do problema que a levou ao SU. Tendo em conta a equidade dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os pressupostos deontológicos, o atendimento pela equipa médica fica restrito à prioridade e tempo de espera, ou seja, a aguardar 12 horas para a satisfação das suas necessidades. É dever do enfermeiro informar o doente e respeitar as decisões por ele tomadas, tratar com respeito e dignidade.

Este é um tema de particular interesse e no meu ponto de vista, seria importante desenvolver estratégias no âmbito da sensibilização, aconselhamento e encaminhamento da população em geral que necessita de recorrer a estes serviços, pois o atendimento não programado de doença aguda ou agudizada não urgente é da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2012). A par deste conhecimento, sabemos que o cidadão no geral, poderá ter dificuldades de acessibilidade aos cuidados de saúde no momento da necessidade sentida.

Num contexto de complexidade e imprevisibilidade exige-se saberes multidisciplinares e competências capazes de dar resposta às necessidades dos doentes. Apesar de munidos de tecnologia que facilita a sua intervenção, os enfermeiros necessitam de mobilizar saberes e capacidades na ação e agir numa diversidade de abordagens com competência (Sousa, 2020). Lembro-me de uma situação em que o Sr. João (nome fictício) deu entrada na sala de triagem a referir “falta de ar” e que na empresa onde trabalhava tinha sido diagnosticado um caso de Covid. Quando questionado pela Enfermeira Orientadora acerca de outros sintomas, referiu não ter conseguido dormir. Solicitei que se sentasse e ele referiu que necessita de fazer um “teste SarsCov-2”. Após ter ouvido este pedido, dirigi-me para junto do doente com o monitor cardíaco, coloquei-lhe o oxímetro, aproveitei para lhe explicar quais os valores normais de saturação de oxigénio, e ainda para avaliar os restantes parâmetros vitais, os quais se encontravam estáveis à exceção da frequência cardíaca que se apresentava ligeiramente elevada. No decorrer da conversa, o doente diz-me que está “com muito medo de estar infetado.” Após explicar a sintomatologia da doença, forma de contágio e precauções, foi-lhe sugerido dirigir-se ao Centro de Saúde da área de residência (circular normativa nº 44/2020), tendo ele aceitado. Antes de ir embora, agradeceu a atenção que eu tinha tido, referindo que se “sentia muito mais calmo e tranquilo”.

Teixeira (2006), refere que a triagem realizada por enfermeiros aumenta a humanização do acolhimento do doente/família, permitindo estabelecer uma relação entre enfermeiro e doente, podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente/família. O doente que procura os cuidados de saúde encontra-se vulnerável, requerendo por parte dos profissionais a atenção devida, “a humanização dos cuidados baseia-se no desenvolvimento de uma relação eficaz com o doente e família e na consciência da sua vulnerabilidade ao recorrer a um serviço de urgência” (Anguita et al. 2019, p.63). Segundo a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, os cuidados de enfermagem dirigem-se às necessidades de conforto, que podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. A informação dada aos doentes e a manutenção da esperança são medidas de conforto promotoras da tranquilidade (Faria, Sousa & Gomes, 2018). Assim, as intervenções que implementei em função das necessidades identificadas neste doente, conduziram a um estado de conforto. Tendo em conta o referido, posso asseverar que a comunicação é uma ferramenta crucial para a promoção do conforto, pois através da compreensão, atenção, escuta ativa consegui promover a tranquilidade, solucionando questões éticas, conduzindo à melhoria da qualidade dos cuidados e conseqüentemente a satisfação do doente/família.

A sala de tratamentos chamada de Balcão é um pequeno espaço “open space” com dois cadeirões e uma maca. Perante estas características e o volume de trabalho, verifiquei que a privacidade dos

doentes facilmente poderia ser posta em causa. A importância da privacidade encontra-se legislada e as entidades de saúde devem criar condições por forma a serem “respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada” (Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto, 2014, p.20677). Assim, de forma a cumprir o dever do respeito pela intimidade explanado no artigo 107º da Lei nº156/2015 de 16 de setembro, tinha como estratégia, a utilização de cortinas e mobilizava os doentes para locais, onde a sua privacidade era garantida.

Nesta sala são prestados vários cuidados. Após o doente ser observado pelo médico faz-se a leitura e interpretação da prescrição médica, seguindo-se os procedimentos necessários à realização dessas mesmas prescrições. Para evitar uma prática de cariz biomédico segui os pressupostos da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, realizando cuidados que promovessem o conforto do doente/família. A teoria é uma ferramenta útil no processo de enfermagem, uma vez que me permite identificar as necessidades de conforto do doente e implementar as intervenções adequadas para responder às necessidades observadas, permitindo ainda a avaliação dos resultados das intervenções. Neste sentido, passo a descrever uma das experiências, vivenciadas nesta sala: Após chamar o doente para atendimento (contacto inicial), o Sr. João (nome fictício) entrou na sala sentado numa cadeira de rodas dobrado sobre si mesmo e a emitir gritos e gemidos que revelavam a dor e desconforto que sentia. Quando questionado, referiu que sentia uma dor tipo cólica a nível abdominal. Estava acompanhado pela esposa que, pela sua expressão corporal, demonstrava ansiedade perante o sofrimento do seu familiar. Depois de me apresentar e confirmar a identificação e a existência de alergias, iniciei a terapêutica analgésica endovenosa prescrita, concomitantemente, aproveitei para o questionar acerca da dor, por referir que se mantinha igual, coloquei-lhe a mão no ombro, olhei-o nos olhos e disse-lhe que iria melhorar. Logo que tive oportunidade questionei-o acerca da profissão e ele respondeu-me que era dono de um restaurante. Envolvendo a esposa no diálogo, incentivei-o a descrever o restaurante e sua localização. Gradualmente, o Sr. João deixou de gemer com dores, referindo um alívio considerável, num espaço de tempo curto, coadunável com a sua expressão corporal, apesar da dor nunca ter sido totalmente eliminada.

As intervenções de enfermagem ao doente crítico e família devem ser realizadas no sentido de proporcionar o máximo de conforto tendo sempre em linha de conta as suas necessidades. O conforto é um fenómeno de cuidar. Cuidar do outro e satisfazer as suas necessidades é a essência da enfermagem pelo que, enquanto enfermeiros, desempenhamos um papel fundamental no que diz respeito à identificação das necessidades, no alívio e satisfação das mesmas. Segundo Sousa (2020) o processo de conforto junto do doente é feito a partir da interação entre o profissional, o contexto e a vontade de ele ocorrer, caracterizando-se pela visão holística do doente e pelo planeamento da saúde em parceria com o doente/família, com base no compromisso, intencionalidade e

mutualidade. A utilização de estratégias confortadoras no cuidado ao doente crítico/família foi uma preocupação na prestação contínua de cuidados, tendo neste caso a estratégia confortadora (intervenções não farmacológicas de controlo da dor) indo ao encontro da necessidade identificada (dor) e como resultado (diminuição da dor), ou seja, promoção de conforto. Perante a situação do Sr. João, iniciei intervenções não farmacológicas de controlo da dor, de forma complementar à terapêutica analgésica, com o objetivo de promover o apoio e segurança e aumentar o foco nas sensações de bem-estar através da diminuição da atenção prestada à dor. Segundo Apóstolo (2009, p.66), “a arte de enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar”.

Num dos turnos em que me encontrava neste posto de trabalho, deparei-me com uma situação que exigiu a mobilização de competências adquiridas na minha prática profissional. Verifiquei que uma enfermeira estava com alguma dificuldade na preparação do material para proceder a uma algaliação com lavagem contínua. Dirigi-me a ela e perguntei-lhe se precisava de ajuda, ao que me respondeu que era a primeira vez que estava a fazer aquele procedimento e se sentia insegura. Disponibilizei-me para a ajudar, preparamos o material e procedemos à algaliação.

Relativamente ao preconizado pela DGS, em relação à prevenção da infeção associada a cateter vesical, observei algumas inconformidades neste serviço. Identifiquei esta necessidade formativa, contudo, devido às condições impostas pela presente pandemia não foi possível concretizá-la. No entanto, realizei formação informal perante as situações presenciadas, partilhando as recomendações preconizadas pela DGS. Alguns enfermeiros estiveram disponíveis para refletir sobre o tema, porém, outros mantiveram a preocupação fundamental em cumprir o procedimento, considerando a prevenção de IACS como secundário. Num serviço com doentes em situação crítica, caracterizado pela imprevisibilidade, com situações complexas e com necessidade de utilização de medidas invasivas para manter a vida, a prevenção e o controlo de infeção pode ser considerado pelos profissionais menos importante. Tal observação levou-me a refletir na pertinência dos cuidados, na sua prestação no momento adequado e na segurança do doente. Sabe-se que as IACS são um problema de saúde, mas são consideradas como consequências dos cuidados prestados. Contudo, devido ao SarsCov-2, os profissionais de saúde, os gestores organizacionais, os doentes e os familiares procuram seguir as medidas de prevenção e controlo de infeção, PORQUÊ? O que nos mostra a evidência científica não chega? Precisamos de nos sentir ameaçados? Será este o caminho para a mudança? A mudança de atitudes e comportamentos na prática clínica, é a estratégia basilar. Conseguindo-se através da formação, da partilha de experiências, da sensibilização pessoal, da exibição dos resultados das auditorias, do cumprimento de regras, das precauções básicas de

controlo de infeção, do respeito pela técnica asséptica e admitir que a infeção é um risco presente em cada intervenção.

Estas vivências levaram-me a tomar consciência das consequências dos atos que pratico. Independentemente do contexto em que estou a cuidar é crucial agir com consciência, tendo sempre presente que a fragilidade e vulnerabilidade dos doentes depende do meu agir, o qual deve ser fundamentado na melhor evidência, segundo os regulamentos e com os recursos disponíveis. Embora, não sendo prioridade em situações de risco de vida iminente, é importante, sempre que possível, cumprir as normas e protocolos preconizados de modo integrado, estruturado e sistematizado. Durante todo o meu percurso agi de acordo com as normas de prevenção e controlo de infeção, uma vez que a segurança e a qualidade dos cuidados prestados depende da consciencialização e empenho em adotar as medidas necessárias para a sua prevenção. Ainda, esta vivência teve também efeito na minha prática profissional, pois perante inconformidades partilho os conhecimentos apreendidos e sensibilizo os colegas e assistentes operacionais na manutenção das boas práticas de prevenção de IACS.

Outro setor do SU, o espaço dedicado ao doente Covid, recebe todos os doentes com suspeita ou confirmação de infeção por SarsCov-2, sem sintomas graves de doença. O objetivo deste local é prevenir e conter a transmissão do vírus, “com base na utilização adequada e precoce de testes laboratoriais, na separação de circuitos, e na melhoria da eficiência, qualidade e segurança do seguimento clínico dos doentes com suspeita ou infeção por SarsCov-2” (Norma 004/2020, atualizada a 19 de abril de 2021, 2020). Neste cenário em que a prestação de cuidados se faz com o distanciamento, provocado pelos equipamentos de proteção individual (EPI), não se podem descuidar as IACS, devendo ter sempre presente que os EPI só são eficazes se usados corretamente e em cada contacto (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). Durante a prestação de cuidados, cumpro sempre com os circuitos e regras definidas, agindo em conformidade com as normas e procedimentos estipulados, tendo sempre em atenção, que o EPI por mim utilizado era tanto para proteção dos doentes como para a minha proteção, e como tal, sempre que prestava cuidados diretos aos doentes usava os EPI recomendados. É importante que se tenha a consciência de que os EPIs reduzem mas não eliminam o risco de transmissão cruzada de microrganismos, e devem ser sempre complementados com as Precauções Básicas do Controlo da Infeção. De referir que foi neste espaço que desenvolvi a competência técnica, de colheita de amostra biológica para teste laboratorial, para SarsCov-2.

A Sala de Reanimação foi o local onde realizei grande parte dos turnos, sendo a que apresenta o maior leque de oportunidades e desafios no que respeita à área de especialização. Na SR senti-me, numa fase inicial, de acordo com o modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem

de Dreyfus, como iniciado avançado, pois “necessitava de ser enquadrada no contexto da prática clínica” (Benner, 2001, p.52). O facto do contexto da SR não se assemelhar à minha vivência profissional, possibilitou-me apresentar um desenvolvimento profissional e a aquisição de competências de um Enfermeiro Especialista.

Com o objetivo de criar estratégias pessoais que permitissem o meu desenvolvimento pessoal mais célere, realizei pesquisa bibliográfica para me ajudar a compreender melhor o contexto, procurei enfermeiros peritos em urgência para partilharem comigo a sua experiência e possíveis estratégias a utilizar. Realizei ainda um trabalho reflexivo pessoal. A reflexão apresenta-se como uma ferramenta para a aprendizagem, “por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.121). Assim, e no decorrer dos turnos que fiz, fui responsável pela totalidade dos cuidados prestados aos doentes, sentindo-me cada vez mais confiante na minha prestação e compreendendo cada vez melhor a dinâmica, tão característica da SR.

Desenvolvi saberes, no âmbito de várias patologias em situações urgentes e emergentes, nomeadamente patologia do foro neurológico, falências respiratórias, falências cardíacas, anafilaxia, tentativas de suicídio e trauma, segundo a metodologia ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), que se define pela estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, procurando identificar ou excluir situações com risco de vida, permitindo uma linguagem uniforme e abordagem protocolada ao doente crítico. Esta abordagem é caracterizada por ser sistematizada, deve ser realizada de forma rápida e correta e é constituída por cinco etapas, expressas pela sua ordem de prioridade: A: Permeabilização da Via Aérea; B: Ventilação e Oxigenação; C: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; D: Disfunção Neurológica e E: Exposição com controlo da temperatura (INEM & DFEM, 2019).

A abordagem ABCDE é uma avaliação transversal que define prioridades de tratamento, através da identificação de lesões e se possível do seu tratamento. Assim, de entre outras intervenções, preparei e administrei terapêutica, executei suporte avançado de vida, realizei transporte intra-hospitalar do doente para (sala de Hemodinâmica, Imagiologia, Bloco Operatório, UCI e internamento na Urgência), e colaborei em procedimentos com técnicas invasivas e em situações de entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva do doente.

Devido à minha experiência de perioperatório, nomeadamente como Enfermeira de Anestesia, tenho experiência nas técnicas de entubação orotraqueal e na área da sedoanalgesia. Estas competências foram reconhecidas pelos restantes elementos da equipa e fui solicitada para esclarecer dúvidas, tornando-me assim, um recurso importante na equipa, ao desempenhar o “papel de consultor” nesta área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4746).

Durante os turnos que fiz na SR assisti com a equipa, a um momento marcante, que diz respeito ao cumprimento da vontade dos doentes e que passo a descrever: souo o sinal sonoro, indicativo de doente na SR, dirigi-me para a mesma. Deparei-me com um doente, vindo da triagem, trazido pelo sobrinho ao SU por sudorese, palidez marcada e prostração. De imediato foi monitorizado, colocado acesso venoso periférico e colhido sangue para hemograma, bioquímica e coagulação. Aquando da realização do eletrocardiograma verificou-se bradicardia sinusal com frequências cardíacas na ordem dos 20 batimentos por minuto. Iniciou-se de imediato suporte avançado de vida (SAV), com administração da terapêutica prevista no algoritmo da bradicardia, com pouco sucesso, chegando-se à conclusão que era necessário implantar Pacemaker. Durante as manobras de SAV fomos informados pelo enfermeiro da triagem que o doente tinha recusado em consulta médica a colocação do mesmo (informação dada pelo sobrinho). Para confirmar esta vontade, fez-se uma chamada telefónica para a esposa do doente, que confirmou que este tinha manifestado essa vontade nas últimas consultas de cardiologia, a qual tinha sido no mesmo hospital. Aquando da verificação da informação no processo clínico, a mesma estava registada de forma clara e inequívoca e, para além disso, estava escrito que o doente tinha sido informado sobre a sua situação clínica, a intervenção proposta e as alternativas terapêuticas disponíveis, bem como os riscos e consequências da adesão ou recusa da terapêutica proposta. Posto isto, cumpriu-se a vontade do doente, e não se procedeu à implantação do Pacemaker.

O direito de receber ou recusar cuidados de saúde está consagrado na alínea f) na Base 2, da Lei de Bases da Saúde, sendo enunciado que todas as pessoas têm direito a “decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excepcionais previstos na lei, assim como, a emitir diretivas antecipadas de vontade” (Lei 95/2019 de 4 de setembro, 2019, p.56). No Capítulo II do Artigo 5º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina é referido que qualquer intervenção de saúde só pode ser realizada depois de ter sido dado pelo doente o seu consentimento livre e esclarecido (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro, 2001). Sendo este, “uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia” (Norma nº 015/2013 atualizada 04/11/2015, 2015, p.9). Assim, as intervenções em saúde, carecem do consentimento livre e esclarecido do doente, e não devem ética e legalmente, ser praticados atos que este recusou, de forma séria, livre e esclarecida. Desta forma, o mesmo, surge como um direito que o doente tem para decidir se recebe ou recusa determinada prestação de cuidados, e como um dever que o profissional de saúde deve respeitar e assegurar. No “exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1998. p.4). Sendo o

agir do enfermeiro, sempre, baseado na “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa” (OE, 2015, p.38).

O vivenciado levou-me a refletir, sobre a importância de conhecermos os nossos doentes e de incluirmos a família na tomada de decisão. Em contexto de emergência pode ser difícil, no entanto, o enfermeiro, assim que possível, deve recolher o máximo de informação sobre o doente, de forma a garantir que as suas vontades e desejos são cumpridos.

Ainda e de acordo com o que atrás foi explanado, sendo a morte considerada um fracasso dos profissionais no Bloco Operatório (o meu contexto de prática diária), constatei que neste SU, a morte é encarada de forma natural, onde a maioria dos elementos da equipa multidisciplinar a vêem como uma etapa natural da vida. Esta situação levou-me a refletir no assunto e a desmitificar os sentimentos negativos associados à mesma, passando a encará-la como uma etapa da vida, por vezes, de alívio e libertação do sofrimento do doente e dos seus familiares, compreendendo que este processo faz parte do ciclo vital, podendo ser atrasado, mas não evitado.

Outra vivência que vou descrever, por mim valorizada, diz respeito ao envolvimento da família no plano de cuidados - O Sr. Francisco (nome fictício) de 77 anos de idade, acompanhado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação deu entrada na SR, Via Verde AVC. À entrada, feita avaliação primária: ABCDE. A: Via área permeável; B: Respiração espontânea, silenciosa, saturações de O<sub>2</sub> >97%; C: Monitorizado, colhido sangue para hemograma, bioquímica e coagulação, cateterizados dois acessos venosos; D: Consciente, Glasgow:13 com abertura ocular espontânea, discurso desorientado e não cumpria ordens, apresentava pupilas isoreativas e isocóricas, BMT- 150mg/dl; E: Presença de petéquias em toda a extensão corporal, com maior predomínio nos membros inferiores, Temperatura auricular- 36,6°C. Após avaliação clínica e estabilização dos sinais vitais encaminhei-o para o serviço de imagiologia, onde realizou uma Tomografia Axial Computorizada que revelou hemorragia cerebral extensa. Aquando da observação dos resultados analíticos verificou-se trombocitopenia idiopática grave. Após discussão clínica, chegou-se à conclusão de que a gravidade das lesões era elevada e não havia indicação para tratamento cirúrgico emergente. De imediato, a Enfermeira Orientadora perguntou se os familiares do doente se encontravam na urgência e após confirmada a presença dos mesmos, foram chamados. Na minha presença e da Enfermeira Orientadora, a má notícia foi transmitida pelo médico aos familiares. A Enfermeira Orientadora perguntou aos familiares se queriam ver o Sr. Francisco, ao que responderam que sim e questionaram se podiam chamar os netos para se despedirem do avô. Foi-lhes dito que sim. Os familiares permaneceram junto do Sr. Francisco, até este ser transferido.

O apoio à família, em situação de urgência, é muitas vezes posicionado em segundo plano, uma vez que os profissionais de saúde focam-se em cuidar da pessoa em situação crítica. Todavia, a família

é transversal ao ciclo vital do doente e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar (Sá, Botelho & Henriques, 2015). A família espera que os profissionais de saúde identifiquem as suas necessidades de forma a colmatá-las. Ao permitir despedir-se do seu familiar facilita-se o processo de transição doença-morte e colmatam-se as necessidades de suporte, informação e proximidade. O envolvimento da família na execução do plano de cuidados do doente e despedirem-se do seu familiar, nos seus últimos momentos, acarreta benefícios na família (McClement, Fallis & Pereira, 2009). Eu e a Enfermeira Orientadora estávamos presentes quando o médico deu a má notícia, o que manifesta preocupação com a família e demonstra envolvimento emocional, pois segundo Phaneuf, (2005), o suporte psicológico ajuda a diminuir a ansiedade, o stress e o medo.

O facto de ter presenciado esta situação em que já não é possível curar, mas apenas cuidar, levou-me a refletir nos cuidados prestados e na importância de envolver a família no plano de cuidados. Esta vivência (proporcionar a presença da família junto do doente, no acompanhamento das últimas horas de vida, ao mesmo tempo que era garantido o conforto: alívio da dor e sintomas da doença), acrescentou em mim um conhecimento mais apurado da realidade do cuidar e contribuiu para a uma prática mais sensível, de maior “tato”, ou seja, um olhar mais global da enfermagem onde as relações humanas assumem um papel de destaque.

Colaborei em parceria com a Enfermeira Orientadora, num transporte inter-hospitalar de doente crítico. A inexistência de recursos no hospital de origem é a principal indicação para a transferência, com o propósito de tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado. Na transferência inter-hospitalar o doente crítico deve ser transportado de uma forma segura, sendo importante a programação do transporte, a seleção dos meios (de transporte, monitorização, atuação) e dos intervenientes (tripulação habitual da ambulância, um médico e um enfermeiro) (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). A Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Parecer nº 09/2017 de 6 de março (2017, p.2), reitera que “o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar”. Assim, é fundamental assegurar todas as condições de segurança de forma a que o transporte ocorra sem intercorrências e sem o agravamento do estado do doente. Durante o percurso fizemo-nos acompanhar sempre pela mala de transporte, que contém todo o material necessário a uma emergência. Enquanto aguardávamos pelo transporte, conversei com o doente, este encontrava-se muito apreensivo com toda a situação, adequei a comunicação ao doente, ao contexto, à mensagem a transmitir de modo a não agravar a ansiedade e tendo em conta que o doente queria saber. O doente agradeceu-me e referiu ter ficado mais calmo, com as informações recebidas. À chegada foram transmitidas todas as informações pertinentes relacionadas com a situação clínica do doente, fulcrais para a continuidade dos cuidados.

Este episódio despertou-me para a importância/reforço da segurança do transporte. Todo e qualquer transporte pode traduzir-se numa grande instabilidade para o doente e comprometer a sua segurança, podendo agravar o seu estado clínico e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas. Para fazer face à gestão de todos os riscos existentes, e manter a segurança do doente crítico, o Enfermeiro Especialista em EMC na área à Pessoa em Situação Crítica e Família, representa o melhor profissional para realizar o transporte (Parecer nº 09/2017 de 6 de março, 2017), atendendo às suas competências.

Segundo Hsiao et al. (2017) os familiares experienciam uma série de impactos fisiológicos, psicológicos e emocionais ao acompanhar um familiar em estado grave ao SU. A “família e o cuidador necessitam de informação e formação detalhada” (Marques, 2011, p.96). A compreensão das necessidades dos familiares é fundamental para o atendimento apropriado aos doentes e familiares, sendo estas influenciadas pela cultura e pelo contexto do cuidado. A Lei n.º 15/2014 de 21 de março, (2014), Capítulo III, Seção I, Artigo 12.º(Direito ao acompanhamento), reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço, do SNS o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada. Devido à pandemia provocada pelo SarsCov-2, foram impostas restrições a acompanhantes e visitas aos doentes internados (Orientação 038/2020, 2020). Esta temática levou-me a questionar a Enfermeira Orientadora sobre a forma como se processa a transmissão de informações aos familiares, sendo neste SU feito pelo Enfermeiro do GIA, que é o elo de ligação entre o doente e a família. Tendo um interesse especial na área da partilha da informação com a família, considerei em conjunto com a Enfermeira Orientadora, pertinente a passagem no GIA.

O GIA é um gabinete criado para esclarecer as dúvidas e questões dos acompanhantes dos doentes do SU. O enfermeiro do GIA faz a ligação entre a equipa de enfermagem e a multiprofissional, promovendo a articulação com médicos, assistente social, doentes e seus familiares. Tem como função receber os familiares/pessoa de referência dos doentes do SU (através de pedido em formulário próprio preenchido na admissão de doentes ou via telefone), identificar as suas necessidades e colmatá-las (informar, explicar, apoiar e encaminhar). Durante o seu atendimento o enfermeiro do GIA transmite informações globais de forma cuidada, indo ao encontro das preocupações de quem procura a informação, começando sempre, por perceber quais são as informações que já são conhecidas pelo familiar/pessoa de referência. Realço a importância desta função uma vez que é notório a diminuição da ansiedade dos familiares/pessoa de referência, pois tal como o doente, também quem o acompanha, experiencia sentimentos de ansiedade e receios, que, muitas vezes, podem ser reduzidos com um simples esclarecimento da situação.

Além da componente direta de prestação de cuidados, acompanhei a Chefe de Equipa num turno de coordenação. Identifiquei a importância do Enfermeiro Especialista na gestão e organização, quer

dos elementos da equipa de enfermagem, quer de outros profissionais da equipa de saúde, de modo a prestar um cuidado de qualidade e adequado às necessidades do SU.

No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, devido à situação pandémica provocada pelo SarsCov-2, influenciado pelo contexto da prática clínica, foi entregue à Enfermeira Orientadora, posteriormente ao estágio, um vídeo sobre os benefícios do Toque terapêutico nos cuidados de enfermagem, com a finalidade de ser divulgado por todos os enfermeiros do SU, através da rede social de acesso à equipa de enfermagem, como estratégia de divulgação dos resultados do estudo: “O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura”.

É espectável da parte do Enfermeiro Especialista o desenvolvimento da assertividade e autoconhecimento. Assim, ao longo deste contexto de prática clínica adaptei-me sem dificuldade às equipas multidisciplinares, que desde cedo me receberam de forma acolhedora, disponível e amigável. O elevado nível de formação da equipa, deu-me segurança e facilitou o desenvolvimento de competências específicas nos momentos de maior dificuldade. Neste estágio, reconheço que lidei com alguns sentimentos de incerteza e insegurança, por vários motivos que associo ao facto de não estar na situação de discente há muito tempo e prestar cuidados em contexto de perioperatório há cerca de 20 anos, o que despoletou em mim alguns receios e ansiedades. Interiorizei que a minha função era aprender, consolidar e partilhar, transformando a vivência numa experiência significativa, proporcionando oportunidades e experiências únicas de desenvolvimento e crescimento pessoal/profissional norteadoras do sentir e do pensar. Considero que ao passar por este campo de estágio me proporcionou saberes para percursos futuros.

### 2.3.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

As unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p.6). Deste modo, o enfermeiro que desempenha as suas funções numa UCI, tem um papel fundamental na vigilância, identificação, prevenção e tratamento precoce de problemas. Ao Enfermeiro Especialista é exigido um desempenho acurado e atual para responder às necessidades dos doentes/família, alvo dos seus cuidados.

Tendo presente este princípio, delineei como objetivo geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao doente em situação crítica e família.**

### Como **objetivos específicos**:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e família, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores, prestados ao doente em situação crítica e família, através da estratégia confortadora - Toque Terapêutico, na Unidade de Cuidados Intensivos.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Público de Lisboa, durante o período de 28 de outubro a 19 de dezembro de 2020, com a carga horária de 180h de contacto e 20h de orientação tutorial.

Optei por realizar o ensino clínico no mesmo hospital, onde desempenho funções, por acreditar que o conhecimento da cultura organizacional, normas e protocolos são uma mais-valia no desenvolvimento das competências ambicionadas e facilitadoras, na implementação de novas medidas, o que veio a revelar-se uma escolha ajustada, pelo tipo de experiências vivenciadas e conquistas alcançadas.

O cenário caracteriza-se por ser uma unidade polivalente com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; com acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico cirúrgicas diferenciadas (Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral, entre outras); com medidas de controlo contínuo de qualidade; programas de ensino e treino em cuidados intensivos; e com quadros próprios e assistência médica qualificada em presença física 24 horas por dia.

Em termos estruturais é um serviço com lotação de oito camas: seis em sala aberta e dispostas em linha e duas de isolamento, em quartos individuais, com sistema de vídeo vigilância e possibilidade de pressão negativa. No centro do “*open space*” encontra-se o balcão de trabalho de enfermagem, com telemetria, o que favorece a visualização e o acesso imediato aos doentes internados.

A equipa multidisciplinar é constituída por vários elementos qualificados em diversas áreas do saber, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, fisioterapeutas, dietista/nutricionista, assistente administrativo/ social e padre.

A equipa de Enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor, um Enfermeiro Coordenador e cinco equipas de cinco elementos em horário rotativo, dos quais oito são Enfermeiros Especialistas: seis em Enfermagem de Reabilitação e dois em EMC. A distribuição dos doentes pelos enfermeiros é feita tendo em conta o rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes, a experiência profissional e o estado clínico do doente.

As UCI pelas suas características são locais promotores da alteração do padrão do sono dos doentes internados, o que faz com que estes possam apresentar sono insuficiente (em qualidade e quantidade) e fragmentado com ciclos incompletos. Estas alterações do sono podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas, responsáveis pelo aumento da morbimortalidade e consequentemente retardo no processo de recuperação do doente (Cruz, Correia, Silva & Teixeira, 2020). Neste sentido, a melhoria da qualidade do sono do doente deve ser um dos focos de atenção do enfermeiro, otimizando o ambiente que o rodeia, através da modificação de fatores ambientais de forma a propiciar um ambiente calmo e facilitador de repouso. As estratégias de promoção do sono e repouso devem focar-se na diminuição do ruído e iluminação, na redução dos procedimentos clínicos durante o período noturno, ao estritamente necessário (Pascoal, Marques & Ribeiro, 2016), e na promoção do conforto e orientação dos doentes (Cruz et al., 2020). Assim, durante o meu percurso tive sempre em atenção a implementação de medidas promotoras do sono e repouso, tais como a promoção de um ambiente noturno calmo e silencioso, através da redução: do volume dos alarmes clínicos de monitorização, ventiladores, telefone, conversas entre os profissionais; da intensidade da luz, da monitorização e tratamento da dor, do posicionamento do doente com massagem prévia e verificação do estado dos lençóis (limpos, secos e esticados). Em relação à orientação do doente sempre que me aproximava, apresentava-me, falava com o doente (dizia as horas, dia e mês), o que ia fazer e dava conhecimento quando me afastava. Desta forma, fiz com que o doente se sentisse acompanhado e informado. A referir, que esta UCI possui janelas para o exterior com entrada de luz natural, sendo um aspeto muito positivo, por ser um fator de estímulo sensorial importante no ciclo do sono, dado que os ritmos circadianos têm importância fundamental para a recuperação dos doentes (Administração Central do Sistemas de Saúde, 2013).

Na UCI existem protocolos e normas de atuação bem definidas, fator preponderante na manutenção da segurança dos cuidados. A segurança é definida como a redução de riscos e danos evitáveis ao mínimo aceitável (Paiva et al, 2016). Assim, por forma a assegurar um ambiente seguro, utilizei as checklists implementadas (carro de urgência, unidade do doente, garrafas de oxigénio e ventilador de transporte), que me ajudaram a compreender a organização da unidade e os recursos materiais necessários para a avaliação/monitorização contínua, bem como para atuar em situações de urgência. As checklists são instrumentos baseados em dados científicos, onde o seu uso, reduz a probabilidade de eventos adversos e permite proporcionar cuidados de qualidade (Porto, 2014).

A maioria dos doentes internados nesta UCI são doentes com patologia do foro cirúrgico, o que foi facilitador na compreensão e domínio da técnica. Consegui ter a capacidade de mobilizar os conhecimentos acerca da monitorização invasiva e seus cuidados, nomeadamente na monitorização da pressão arterial invasiva, pressão venosa central, pressão intracraniana (PIC). Colaborei também

na colocação de dispositivos externos (cateter venoso central (CVC), linha arterial) e na remoção de outros (sensor de PIC, drenagem ventricular externa (DVE)). Preparei e geri terapêutica complexa (vasopressores, vasodilatadores, sedativos, anestésicos, analgésicos, entre outros), tendo por base as recomendações e protocolos, mantendo a segurança, evitando o erro, e estando desperta para possíveis complicações. De salientar que conheci diferentes protocolos, nomeadamente perfusões de insulina, furosemida e heparina.

Tive a oportunidade de cuidar de doentes com diversos prognósticos, patologias, diagnósticos e scores, como os doentes neurocríticos (pós craniotomias para clipagem de aneurismas, para exérese de lesão ocupante de espaço, colocação de DVE por hidrocefalia, trombólise pós AVC, embolização de aneurismas), em choque séptico, falência respiratória (Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, status pós laringectomia) e falência orgânica (AVC hemorrágico).

Apliquei escalas como a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) para avaliar o grau de sedação ou agitação, a Behavioral Pain Scale (BPS) para avaliar a dor em doentes sedados, submetidos a ventilação mecânica invasiva incapazes de fazerem a autoavaliação, onde a dor deve ser avaliada de forma subjetiva e através da observação de comportamentos (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador), a escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, a escala de Morse para avaliação do risco de queda e, outras já por mim conhecidas, como a escala de Glasgow para avaliação do score neurológico e a Escala Visual Numérica (EVN) para a avaliação da dor em doentes conscientes.

Neste serviço, verifiquei uma grande preocupação com a prevenção da dor. O facto de os doentes terem sido submetidos a cirurgias recentes, procedimentos invasivos e a presença de dispositivos invasivos, torna a dor uma realidade, pelo que, tinham analgesia em esquema na sua terapêutica e, tal como outros parâmetros, a avaliação da dor é realizada de forma regular e sistematizada, indo de encontro à Circular Normativa N° 09/DGCG de 14 de junho, (2003, p.4), que considera a dor 5º sinal vital, considerando a sua avaliação e registo como “norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas”.

A avaliação e monitorização da dor quando o doente não consegue falar ou exprimir o que está a sentir, é um verdadeiro desafio, cabe a nós enquanto enfermeiros, identificar e atuar precocemente, ao tentar perceber o que o doente está a sentir. Em UCI a dor está presente em todos os doentes internados, sendo que, aproximadamente “75% reportam dor severa, 30% dor em repouso e 50% durante os procedimentos de enfermagem” (Pinheiro & Marques, 2019, pp.571-572). Assim, o controlo da dor é um dever dos enfermeiros e um direito dos doentes.

Existem diversas técnicas que os enfermeiros podem utilizar de forma eficaz para o controlo da dor. O sucesso dessas estratégias depende da avaliação e registo de forma contínua e sistematizada, por

forma a otimizar a terapêutica e proporcionar o alívio da dor e promoção do conforto, dando visibilidade às ações autónomas e/ou interdependentes do enfermeiro. As técnicas podem ser intervenções farmacológicas ou não farmacológicas (OE, 2008).

O anteriormente referido, levou-me à questão: Se o uso das intervenções não farmacológicas é recomendado, se são eficazes em complementaridade com as intervenções farmacológicas, se são uma intervenção autónoma dos enfermeiros... Então, porque é que não lhe damos visibilidade na nossa prática diária? Sim, faço esta questão porque nas passagens de turno, nos registos de notas de enfermagem o que é evidenciado é a ação interdependente (administração de terapêutica). No meu quotidiano, quando me aproximo do doente para colocar em curso a terapêutica analgésica e inicio uma conversa em que a direciono para umas férias, para os filhos..., no sentido de aumentar o foco nas sensações de bem-estar e desviar a atenção da dor, estou a usar uma intervenção não farmacológica (distração, relaxamento com imaginação). Contudo, este tipo de intervenções (relaxamento com imaginação, distração, massagem, toque) não costumam constar nos registos de enfermagem e integram a intervenção autónoma do enfermeiro. Não posso deixar de salientar a necessidade da sensibilização para a reflexão acerca deste tema, como forma de veículo de mudança de comportamentos, de forma a que os enfermeiros valorizem as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e estas, fazerem parte integrante do cuidar, contribuindo para o conforto do doente com dor, uma vez que a dor interfere no bem-estar do doente, nas suas relações e na sua qualidade de vida (Lemos, Cunha, Cesarino & Martins, 2019).

Nesta linha de pensamento, fui à procura de um agir responsável e refletido, no sentido de ir ao encontro do outro, das suas necessidades, vontades, desejos, medos e preferências, sustentado numa base científica. Assim, baseada na evidência, tentei aplicar na prática de cuidados, o toque terapêutico, como ferramenta suplementar, na procura de melhores resultados. A evidência científica destaca os benefícios/vantagens nos cuidados de enfermagem, nomeadamente como estratégia não farmacológica no alívio da dor e relaxamento, contribuindo assim, para o alívio do sofrimento e do desconforto e conseqüentemente para o bem-estar e conforto do doente que estou a cuidar, “porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros” (Watson, 2002, p.55). A acrescentar, que considere interessante a descoberta realizada durante a pesquisa bibliográfica ao ser referido por Costa (2020) que no Centro Hospitalar Universitário de São João, existe uma equipa de enfermeiros voluntários a fazer Reiki, com doentes oncológicos, estando descritos como benefícios da sua aplicação a melhoria da qualidade de vida e autoestima, a redução da dor, náuseas e a melhoria do sono.

Outra situação que mereceu a minha atenção ao longo da prática clínica foram os cuidados a doentes sob ventilação mecânica invasiva (VMI). Embora esta faça parte do meu contexto diário, o cuidar do doente ventilado em UCI, revelou-se para mim um desafio. Os ventiladores que se usavam na unidade, as várias modalidades ventilatórias e os procedimentos de enfermagem associados à prevenção da pneumonia relacionada com a intubação endotraqueal, eram para mim desconhecidos. Tive necessidade de fazer pesquisa bibliográfica e mobilizar conhecimentos lecionados em sala de aula, tendo sido também fundamental, a disponibilidade da equipa na transmissão de conhecimentos e formação, que foi sendo cimentada ao longo do estágio.

De acordo com a DGS (2017) a pneumonia associada à intubação endotraqueal é das IACS mais frequentes nas UCI e em Portugal no ano de 2016 a taxa de prevalência foi de 7,1% (pneumonias associadas a intubação/1000 dias de intubação). A pneumonia associada à ventilação mecânica, é uma infeção passível de prevenção com o cumprimento de medidas (bundles) emanadas pela DGS, conduzindo à redução das taxas de incidência e, por conseguinte, à melhoria dos cuidados prestados (Cruz & Martins, 2018). Neste sentido é meu dever como enfermeira, respeitar o doente/família, envolvê-los na sua segurança, ter uma observação crítica, questionar, formar e agir com base na evidência e normas. Assim, durante todos os cuidados que efetuei tive em atenção a prevenção de IACS. Destaco alguns cuidados básicos pela sua relevância como a correta lavagem/ desinfeção das mãos, a correta utilização/remoção de EPI, a correta triagem de roupa/resíduos, controlo ambiental, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, bem como, a aplicação dos Feixes de Intervenção de Prevenção de Infeção da DGS (Cateter Venoso Central, Pneumonia Associada à Intubação e Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical), sendo que a pneumonia associada à VMI, a bacteriemia associada ao CVC, a infeção urinária associada ao cateter vesical e a infeção da loca cirúrgica, representam cerca de 80% das IACS em UCI (Pereira, 2020).

Ainda, e associado aos cuidados do doente com intubação endotraqueal e submetido a VMI, outro tema que considero importante é a comunicação eficaz, sendo a partir da comunicação que se torna possível a identificação das necessidades do doente, a interação doente/enfermeiro e o ato de cuidar com acolhimento, eficiência e humanização (Silva & Pedras, 2017).

A comunicação é uma ferramenta essencial, na prática de enfermagem. É através da comunicação que se estabelece a relação terapêutica doente/enfermeiro. Na UCI a maioria dos doentes apresentam limitações em comunicar, o que faz com que o enfermeiro tenha de desenvolver técnicas para ir de encontro às necessidades do doente. Assim, o enfermeiro para comunicar desenvolve habilidades, permitindo-lhe estar disponível para o doente e estabelecer com ele uma relação de ajuda. Neste sentido durante a prestação de cuidados na UCI, antes de realizar qualquer tipo de procedimento, apresentei-me, olhei para o rosto do doente, chamei-o pelo nome, expliquei o que ia fazer, o que

estava a fazer, utilizei o toque como forma de aproximação e presença, tentei manter uma conversa usando um tom de voz calmo e volume normal (dia da semana, mês, horas) e dei a conhecer o momento no qual me ia afastar, estando sempre atenta a qualquer alteração/manifestação do doente, tendo sempre presente a prestação de cuidados individualizada e ajustada (Martinho & Rodrigues, 2016).

Neste sentido, vou descrever uma vivência com a qual me deparei e me fez refletir no valor da comunicação: durante a prestação de cuidados à SR<sup>a</sup> D. Francisca (nome fictício), uma doente que estava sedada e ventilada, mais propriamente na prestação de cuidados de higiene e arranjo pessoal, dou comigo a pensar se a doente me estaria a ouvir, se me conseguiria reconhecer pela voz. Nesse dia, como nos outros, aproximei-me, olhei-a no rosto e disse-lhe bom dia... chamei-a pelo nome, apresentei-me, expliquei-lhe o que ia fazer. Durante o banho continuei a falar, usando um tom de voz calmo e volume normal, explicando-lhe cada passo que estava a fazer, estando atenta a qualquer alteração/manifestação da doente. Não obtive qualquer reação da doente. De referir que sempre que lhe ia fazer qualquer intervenção iniciava sempre uma conversa sendo que, já era a 4<sup>a</sup> vez que esta doente me tinha sido atribuída. Nos turnos seguintes a SR<sup>a</sup> D. Francisca foi melhorando, até ao dia que foi extubada. Durante a minha permanência na UCI, mesmo quando a doente não me era atribuída, quando me era possível ia cumprimentá-la. Num dia chego ao serviço e fico muito surpreendida quando a encontro sentada num cadeirão e os enfermeiros me dizem que vai ter alta para a enfermaria. Aproximo-me dela e cumprimento-a, ela levanta o rosto e olha para mim... fragilmente estende-me a mão e eu seguro-lha, ela diz-me com uma voz muito fraca “obrigada pelas palavras”.

Foi uma situação inesperada para mim e cheia de sentimentos. Perante esta atitude da doente, as minhas dúvidas foram dissipadas e fez-me reforçar e dar valor à importância da comunicação na relação com o outro. Pensar na importância de cuidar do doente de forma holística, através do estabelecimento de uma relação de proximidade com o doente e não ficar somente focada no cuidar ao “corpo”, evidencia a intencionalidade do cuidar. Embora o doente não me responda, este é o alvo dos meus cuidados e ao comunicar com ele, mesmo sem obter qualquer resposta, estou a confortar, a fornecer informações e explicações, a ajudar a viver o processo de doença de modo a diminuir a sua sensação de isolamento e a respeitá-lo e à sua dignidade. Nunca esquecendo que durante a minha prática de cuidados estou sempre em presença de um outro Ser Humano, fragilizado em todas as suas dimensões (Sousa, 2020).

Tal como já referido no contexto anterior, um dos temas que considero particularmente sensível e digno de reflexão é a família. A família segundo Pinho, (2020) é um grupo de pessoas vistos como um todo coletivo, constituídas por membros ligados através da consanguinidade, afinidade

emocional ou parentesco legal, incluindo os conviventes significativos. No ambiente particular da UCI, a imagem de um doente em situação crítica encontra-se envolta com múltiplos equipamentos e dispositivos, o que faz com que tanto o doente como a família vivenciem um processo de transição. O internamento acontece por norma de forma aguda e inesperada e constitui um momento de stress para o doente/família o que acarreta sentimentos de angústia e de ansiedade perante a nova realidade (Fernandes, Machado, Fernandes & Salazar, 2013). A família desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar psicológico do doente “através do carinho, presença, interação e colaboração no plano de cuidados” (Pinho, 2020, p.318). Neste sentido, o apoio da família é assim entendido como confortador (Sousa, 2020). Em seguida ressalvo, uma situação que exemplifica o anteriormente referido e a qual passo a descrever: o Sr. Alberto (nome fictício), encontra-se na UCI após complicações cirúrgicas decorrentes de uma colecistectomia via laparoscópica, com choque séptico por perfuração do intestino e TEP. No início do turno, durante a prestação dos cuidados de higiene e arranjo pessoal, verifico que o Sr. Alberto se encontra triste e deprimido. Ao longo da conversa percebo que tem saudades da esposa que, embora falando com ela diariamente através de videochamada (por sequência da proibição de visitas devido à pandemia provocada pelo SarsCov-2) precisa da presença da mesma. Após ter falado com a enfermeira responsável de turno e com a médica de urgência para validar qual a possibilidade do doente receber visitas, tanto a enfermeira como a médica concordaram com a visita. Assim, a enfermeira responsável de turno entrou em contacto com a esposa, para saber quando estaria disponível para visitar o marido. A esposa disponibilizou-se de imediato e questionou a enfermeira da possibilidade de também os dois filhos a poderem acompanhar. Devido à particularidade do doente estar internado há muito tempo, foi combinado em simultâneo a visita com os 2 filhos. Dei conhecimento ao Sr. Alberto da visita dos seus familiares, e que a mesma estava agendada para a tarde desse dia. Após a informação, o doente teve uma súbita mudança de atitude, mostrando-se mais confiante, feliz, participativo e interessado na sua recuperação.

De acordo com a OE (2015), o enfermeiro deverá procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados, às necessidades concretas do doente e quando presta cuidados, dar atenção ao doente como uma totalidade única inserido numa família, tendo em conta, os princípios humanistas, e ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes doentes. A análise aos cuidados prestados evidenciam a dedicação na relação, no cuidado e atenção ao doente/família. Estabelecer uma relação terapêutica alicerçada na empatia, partilha, interação e confiança, permitiu-me prestar cuidados humanizados, sendo que o cuidado assume a finalidade que se pretende, mas a forma de o concretizar é o que o distingue (Sousa, 2020). Quando um enfermeiro permite ao doente expressar os seus sentimentos e proporciona a ajuda necessária ao doente na sua “globalidade, numa

procura dos desejos e dos projetos que o fazem mover, reagir e suportar a doença” (Sousa, 2020, p.61), está a confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção.

As visitas e o acompanhamento do familiar são consideradas um direito do doente e as instituições devem criar as condições que possibilitem a permanência do familiar/acompanhante junto do doente (Circular Normativa Nº 4/DSPCS de 28 de janeiro, 2000). No mesmo documento é ainda justificada a importância das visitas no apoio psicológico e afetivo do doente hospitalizado, sendo um momento importante e visto como um modo/forma de confortar (Sousa, 2020). No contexto atual de pandemia provocada pelo SarsCov-2, este direito foi suspenso. Assim, nesta UCI foram desenvolvidas estratégias e ações para confortar o doente/família, nomeadamente reajuste de horários de informação e orientação da família, bem como, a implementação de um momento de aproximação e partilha através de videochamada. Na UCI proporcionei sempre a realização das videochamadas entre os doentes e seus familiares. Durante as videochamadas tive a oportunidade de presenciar momentos de alegria e de tristeza, mas também, momentos inesquecíveis, manifestados pela reação inesperada dos doentes críticos, como mexer um polegar, abrir os olhos, deixar cair uma lágrima, momentos estes, marcantes, que me permitiram aumentar a consciência e coerência sobre a importância do papel da família como parceiro na prestação de cuidados, bem como da relação enfermeiro/doente/família. Deste modo, o acolhimento da família e a sua inclusão nos planos de cuidados, faz da família um parceiro nos cuidados de saúde, onde a interação enfermeiro/família/doente, a identificação das necessidades e o ato de cuidar com acolhimento e humanização converge para a qualidade do atendimento do doente e respetiva família. Neste sentido, considero que assumi o compromisso de estar com e para a família, “ênfatizando a inclusão da família como alvo de cuidados e como recurso essencial e facilitador no cuidado ao doente” (Lusquiños, Mendes & Bento, 2019).

Na UCI deparei-me com algumas técnicas e conceitos com os quais só tinha tido contacto durante a parte teórica do curso. Destaco a terapia nutricional no doente crítico, nomeadamente a alimentação entérica através de sonda nasogástrica e a alimentação parentérica. O suporte nutricional é fundamental na evolução do doente em situação crítica, estando intimamente relacionada a desnutrição com o aumento dos dias de internamento e morbimortalidade. Os doentes com o internamento superior a dois dias na UCI, necessitam de suporte nutricional, uma vez que o estado de hipermetabolismo e catabolismo proteico causados pela sua situação clínica aumentam o risco de degenerescência nutricional (Cartolano, Caruso, & Soriano, 2009). A nutrição entérica deve ser iniciada precocemente, por forma a manter a integridade da mucosa intestinal, prevenir a sua atrofia e o aumento da permeabilidade e a translocação bacteriana, nos doentes com contra-indicação de nutrição oral e com o tubo digestivo funcionando (Cardoso, 2016). A gestão da

mesma, assim como os cuidados inerentes, são competência do enfermeiro. Assim, ao cuidar de doentes na UCI, tive sempre presente esta necessidade, fiz pesquisa bibliográfica, mobilizei conhecimentos lecionados em sala de aula e formação por parte da equipa na transmissão de conhecimentos.

No meu contexto de prática clínica, foi também visível a preocupação com o suporte nutricional dos doentes. Fui a impulsionadora para a colocação de CVC de 5 lumens, nos doentes intervencionados no Bloco Operatório (BO), havendo o planeamento da sua necessidade futura na UCI (procedia-se sempre à colocação de CVC de triplo lúmen).

A referir que a escolha do estágio na UCI e a oportunidade de dar continuidade aos cuidados prestados aos doentes submetidos a cirurgias, demonstrou ser uma mais-valia. Foi facilitador na identificação de estratégias de mudanças, que contribuíram para uma eficaz utilização de recursos, promovendo a qualidade dos cuidados. Também, a partilha de saberes esteve presente. A referir: demonstração de uma das técnicas de calçar as meias de contenção ao doente em situação crítica. Após observação da técnica, foi sugerido pela Enfermeira Chefe de serviço a elaboração de um pequeno vídeo com a demonstração da técnica, o qual foi partilhado na rede social WhatsApp de acesso à equipa de enfermagem da UCI (<https://drive.google.com/file/d/1XmlyIFh6BwU-FZInfnrCFbMAUMvoH-Rk/view?usp=sharing>). Outra situação foi a implementação de protetores dentários, nos doentes com VMI com risco de mordedura da língua. Perante um doente com mordedura da língua presente, sugeri à Enfermeira Orientadora o uso de protetores dentários. Assim, requisitei um protetor dentário ao BO e demonstrei a técnica de colocação, através da formação informal. Por ser funcional e considerada uma estratégia confortadora para o doente crítico, foi assumido pela equipa de enfermagem a importância da existência deste recurso na UCI. Sempre que surgiam dúvidas em relação aos doentes provenientes do BO (terapêutica, posicionamento, técnicas cirúrgicas) fui solicitada para esclarecer dúvidas, tornando-me assim um recurso importante para a equipa.

Na UCI, garanti o transporte intra-hospitalar de doentes críticos, para a realização de exames complementares de diagnóstico e transferência para outros serviços. Tive presente, que para além da necessidade da realização dos exames, há toda uma preparação do doente com vista a garantir a sua segurança durante o trajeto até ao local do exame, bem como, durante o procedimento. Assim, respeitei as fases de decisão, planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar em todos os transportes efetuados, implementando “medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” e “conduta antecipatória, garantindo a segurança” do doente. (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4746). A referir, que vestia sempre uma bata ao doente para efetuar o transporte, demonstrando respeito pela privacidade e dignidade do doente.

No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e em acordo com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, fiz em parceria com a mestranda Alcina Mendes duas sessões de formação para a apresentação dos resultados do estudo, “O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura”. As ações de formação foram realizadas no dia 7 de dezembro de 2020 após a passagem de turno (M/T), com o objetivo de “Sensibilizar os enfermeiros da UCI para a importância do toque terapêutico nos cuidados de Enfermagem”. Cada apresentação teve a duração de 30 min e assistiram um total de onze enfermeiros. Teve a classificação – Bom, sensibilizando para a utilidade prática (ANEXO I). Em ambas as ações de formação, estabeleceu-se como ponto forte a receptividade e motivação dos participantes, sendo que as questões colocadas demonstraram interesse e motivação para a mudança e qualidade dos cuidados. No final das sessões, foi entregue à Enfermeira Chefe, um pequeno vídeo, para partilhar na rede social WhatsApp, de acesso à equipe de enfermagem, como estratégia de sensibilização e divulgação dos resultados do estudo, a todos os enfermeiros do serviço. (<https://drive.google.com/file/d/1GxKzdV1aD975RLCzOeMiZKajCB4G8yXa/view?usp=sharing>)

Foram ainda disponibilizados artigos científicos de maior relevância para a UCI, tendo sido arquivados na pasta da formação em serviço (digital) de acesso a todos os enfermeiros da UCI, para consulta sempre que desejado.

Ainda, relacionado com a formação, participei no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem da UCP de Lisboa, com a apresentação do Poster com o tema “O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura” (APÊNDICE I), que obteve Menção Honrosa (ANEXO II). Tendo em conta que a investigação só se encontra concluída, com a divulgação dos resultados, utilizei como estratégias de divulgação, a formação informal e um pequeno vídeo na rede social WhatsApp, de acesso às equipas de enfermagem constituintes dos ensinos clínicos (UCI e SU). Além de que, foi proposto pelo meu superior hierárquico, contemplar um dos momentos formativos no plano anual de formação dos enfermeiros, na prática dos cuidados ao doente em situação perioperatória. O estudo, foi ainda apresentado à Enfermeira Diretora, pelo interesse da temática, e proposta a sua divulgação na revista da instituição.

Também, foi realizado um Poster Interativo com o tema “Toque terapêutico: uma intervenção autónoma de enfermagem” (APÊNDICE II), e apresentado (na qualidade de apresentadora) ([https://drive.google.com/file/d/1B5\\_9ImUF68wiw3qjjUu4\\_sXYdT6hpiGQ/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1B5_9ImUF68wiw3qjjUu4_sXYdT6hpiGQ/view?usp=sharing)), no II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ainda, participei no VI Simpósio de Enfermagem 2021 – ASCI com a apresentação de um Poster com o tema “Toque terapêutico: uma revisão integrativa. (APÊNDICE III)

Realizei em parceria com a mestranda Alcina Mendes, uma análise de conceito sob a visão evolucionária de Rodgers, com o tema – “Toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma análise de conceito”. Este estudo foi submetido e aguarda publicação numa revista técnico científica de enfermagem.

Pelo interesse na investigação, na procura de conhecimento e oportunidades de crescimento enquanto investigadora participei no II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021, pela OE, nomeadamente:

- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – 3ª Sessão, no dia 17 de fevereiro de 2021, com a duração de duas horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO III)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – 4ª Sessão, no dia 24 de fevereiro de 2021, com a duração de duas horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO IV)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – 5ª Sessão, no dia 03 de março de 2021, com a duração de duas horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO V)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – Encontro de Investigadores – 6ª Sessão – Edição 1, no dia 24 de março de 2021, com a duração de quatro horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO VI)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – Encontro de investigadores – 6ª Sessão – Edição 2, no dia 31 de março de 2021, com a duração de quatro horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO VII)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – Encontro de Investigadores – 6ª Sessão – Edição 3, no dia 07 de abril de 2021, com a duração de quatro horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO VIII)
- No “II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 – Encontro de Investigadores – 6ª Sessão – Edição 4, no dia 14 de abril de 2021, com a duração de quatro horas, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO IX)

Participei ainda:

- No XIX Congresso Nacional da AESOP – Uma ideia, uma Mudança, realizado em plataforma virtual, entre as 17h00 e as 22h00, nos dias 12 e 13 de novembro de 2020. (ANEXO X)

- Na Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, que se realizou de 16 a 20 de novembro de 2020, em formato virtual. (ANEXO XI)
- No 15º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, realizado nos dias 26 a 28 de fevereiro de 2021, via online. (ANEXO XII)
- No ciclo de Webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Deveres Éticos e Deontológicos II”, no dia 4 de março de 2021 com duração total de 2h na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO XIII)
- No Webinar “Saber +2.0: Doente com suporte de vida extracorporal”, no dia 16 de março de 2021, com a duração total de 2h30m, na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO XIV)
- Na Sessão Solene: “Apresentação da Ontologia de Enfermagem”, no dia 18 de março de 2021, com a duração total de 02H00, realizado através da “Plataforma digital Cisco Webex Events”. (ANEXO XV)
- No ciclo de Webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Segurança nos cuidados”, no dia 25 de março de 2021 com duração total de 2h na Plataforma Digital Cisco Webex Events. (ANEXO XVI)

Para concluir, considero que este último contexto, pelo facto de ser um serviço pertencente ao hospital no qual exerço funções permitiu-me ter como vantagem a familiaridade com os profissionais e espaço físico, e assim a integração na equipa ter sido fácil. A reflexão crítica sobre os problemas da prática profissional, associados à prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, partilha de saberes e de experiências com a Enfermeira Orientadora e restante equipa multidisciplinar, bem como a mobilização dos conhecimentos apreendidos no estágio anterior (SU) e do contexto profissional (BO) constituíram o “caminho” de todo este percurso. Pelo que enquanto futura Enfermeira Especialista, foi gratificante a passagem pela UCI, tendo vivido experiências profissionais muito variadas e enriquecedoras que fizeram com que crescesse a nível profissional, pessoal e humano.

Iniciei o estágio a 5 de setembro. Este dia constituiu um momento de grande angústia, senti-me deslocada e perdida. Fez-me pensar, “serei capaz?”

Hoje, digo sem qualquer dúvida – **Fui capaz!**



### 3 - CONCLUSÃO

A concretização do presente relatório, representa o culminar de um percurso enriquecedor no desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e Família, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. A sua realização permitiu tomar consciência das atividades, aprendizagens e competências desenvolvidas, através da descrição e análise crítico-reflexiva das atividades e experiências vividas durante os ensinamentos clínicos.

A diversidade de vivências e o elevado nível de formação das equipas dos ensinamentos clínicos, propiciou experiências técnicas, pedagógicas e relacionais que conduziram à operacionalização de saberes no campo da ação da Enfermagem Especializada, em competências científicas, técnicas, éticas, humanas e relacionais, numa escalada contínua e positiva do percurso efetuado ao longo dos dois estágios, bem como uma tomada de decisão mais autónoma, com maior segurança e sob um olhar mais crítico, atento e sensível.

A aquisição de competências alicerçou-se na obtenção de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades do doente/família, tendo em conta a sua dignidade, respeito e unicidade.

O SU destacou-se pela imprevisibilidade, dinamismo, fluxo de pessoas, diversidade de problemas e complicações. As experiências vivenciadas, intervenções realizadas, pesquisa bibliográfica, atitude crítico-reflexiva, bem como os contributos da experiência profissional e o elevado nível de formação da equipa, contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica e Família. Ter passado por este contexto clínico, proporcionou oportunidades e experiências únicas de desenvolvimento e crescimento pessoal/profissional, para fazer face às necessidades das diferentes dimensões do doente, onde na ação aliei a técnica à humanização de cuidados.

O contexto de UCI foi igualmente enriquecedor, permitindo um contínuo do desenvolvimento de competências e o aumento gradual da autonomia e tomada de decisão na prestação de cuidados de Enfermagem Especializada, sustentada na evidência científica, reflexão crítica e partilha de saberes. Dar continuidade aos cuidados prestados aos doentes/família, permitiu melhorar a minha prática diária. Tenho consciência que consegui atingir a prestação de cuidados mais abrangentes na

unicidade do ser humano, mais seguros e de melhor qualidade. Ainda, a primazia da relação terapêutica com o doente/família foi conquistada em todos os momentos de prestação de cuidados, valorizando a importância do papel da família no cuidado do doente.

Na procura de oportunidades que colmassem as minhas necessidades na área do saber, direcionei a atenção para a promoção do conforto do doente crítico e família, na certeza de que, o desenvolvimento de competências neste domínio iria preparar-me para uma intervenção mais singular, cujos saberes me acompanharão pela vida, enquanto pessoa e profissional. Assim, os cuidados prestados tiveram como core, proporcionar ao doente/família o melhor estado de conforto, intencionalmente dirigido às suas necessidades, utilizando como referencial teórico da prática de cuidados, a teoria do conforto de Katherine Kolcaba. Posso dizer, que a prática de cuidados personalizados tiveram como base a humanização nos cuidados, com a finalidade de melhorar a qualidade. Ao agir de acordo com as necessidades concretas do doente/família, tendo presente os princípios humanistas e a dignidade do doente/família, num compromisso deontológico contribuí para o bem-estar e conforto do doente. Acresce que, a investigação demonstra que “os doentes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, relativamente aos que estão desconfortáveis” (Sousa, 2020, p.25).

Considero ter interiorizado e demonstrado um nível de conhecimentos e de compreensão aprofundados, os quais reconheço, como resultado do processo de desenvolvimento de saberes, implícitos nas competências comuns de Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica e Família.

Perante o descrito, concluo que este processo de aprendizagem foi determinante para o construto da minha identidade profissional, e desta forma adquirir competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica e Família. A competência é um saber que exige um agir complexo, que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, adequadamente aplicados a uma determinada situação (Parecer N.º 10/2017 de 8 de setembro, 2017). Sinto-me capaz de adequar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística ao doente crítico e família.

Este percurso, foi realizado por momentos menos fáceis de ultrapassar. Conciliar a vida pessoal, profissional e académica, o cansaço e a carga horária, foram ultrapassadas através do apoio, motivação pessoal e conquistas diárias.

Ciente da impossibilidade, através de um documento exprimir todas as experiências vividas, espero ter conseguido apresentar o desenvolvimento “fidedigno” de competências especializadas a que me propus ao realizar este relatório.

O término deste curso foi um desafio. Todavia, entendo a sua conclusão não como um fim, mas sim, como o início de um percurso infinito e uma ponte para futuros desafios.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Fromasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. RT 09/2013. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alp, F., Yucel, S. (2020). The Effect of Therapeutic Touch on the Comfort and Anxiety of Nursing Home Residents. *Journal of religion and health*. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01025-4>
- Anguita, M., Sanjuan-Quiles, A., Ríos-Risquez, M., Valenzuela-Anguita, M., Juliá-Sanchis, R., Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 23, 59-68. Consultado em 10 de outubro 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência II* (9), 61-67. Consultado em 19 de fevereiro de 2021. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Consultado em 10 de novembro de 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Aviso nº17085/2019 de 24 de outubro. Regulamento de Creditação. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 205- PARTE I. Universidade Católica Portuguesa. Consultado em 10 de março de 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/125633658/details/maximized>
- Bahman, B., Iranmanesh, S., Eshghi, F., Baneshi, M. (2012). Gentle Human Touch and Yakson: The Effect on Preterm's Behavioral Reactions. *ISRN nursing*, 750363. Consultado em 15 de novembro de 2020. DOI: 10.5402 / 2012/750363
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bodkin, C. (2003). Alternative therapies for the holistic care of the HIV/AIDS patient. *Health SA Gesundheit*, 8(3), 37-46. Consultado em 15 de novembro de 2020. DOI: 10.4102 / hsag.v8i3.133

- Cardoso, S. (2016). Nutrição na UCI-O Doente de Risco. Quando começar e qual o aporte calórico no doente crítico de risco nutricional elevado? Revista APNEP, 10(1), 51. Consultado em 01 de novembro de 2020. Disponível em [https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/5657003/50.APNEP\\_abstracts\\_April\\_2016.pdf](https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/5657003/50.APNEP_abstracts_April_2016.pdf)
- Cartolano, F., Caruso, L., Soriano, F. (2009). Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 21(4), 376-383. Consultado em 01 de novembro de 2020. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/262447412\\_Enteral\\_nutritional\\_therapy\\_application\\_of\\_quality\\_indicators](https://www.researchgate.net/publication/262447412_Enteral_nutritional_therapy_application_of_quality_indicators)
- Chang, S. (2001). Meaning of Ki related to touch in caring. Holistic nursing practice, 16(1), 73-84.
- Circular Normativa N° 4/DSPCS de 28 de janeiro de 2000. Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Circular Normativa N° 09/DGCG de 14 de junho de 2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Cortesão, L., Leite, C., Pacheco, J. (2002). Trabalhar por projetos de educação: uma inovação interessante? Porto: Porto Editora.
- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: Terapias Não Farmacológicas para Alívio da dor. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.93-105). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cruz, R., Correia, N., Silva, R., Teixeira, B. (2020). Sono em Unidade de cuidados Intensivos. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.117-121). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cruz, J., Martins, M. (2018). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, Série IV, 20, 87-96. Consultado em 01 de novembro de 2020. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Decreto-Lei n° 161/96 de 4 de setembro. Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n° 104/98 de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República — I SÉRIE-A N° 205. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n°18459/2006 de 12 de setembro. Diário da República, 2.a série — N°176. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República, 2.ª série — N.º 153. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Dias, A., Oliveira, L., Dias, D., Santana, M. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 61(5), 603-7. Consultado em 15 de novembro de 2020. DOI: 10.1590 / S0034-71672008000500012
- Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. (2018). 3ª edição, Porto: Porto Editora.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório CRRNEU.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado em 02 de fevereiro de 2021. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Faria, S., Sousa, P., Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 50, 490-502. Consultado em 10 de janeiro de 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Fernandes, L., Machado, C., Fernandes, V., Salazar, B. (2013). Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Enfermeria Global*, 32, 104-118. Consultado em 24 de janeiro de 2021. Disponível em [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_docencia1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_docencia1.pdf)
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196. Consultado em 15 de outubro 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fonseca, C., Ramos, A., Vilelas, J., Castro, C., Botelho, M. (2012). Resultados de intervenções de enfermagem individualizadas: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Rene*, 13(2), 470-479. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3962>
- Fonseca, P. (2012). Guia para a Redacção de Relatórios. Departamento de Eletrónica, Telecomunicações e Informática. Universidade de Aveiro. Consultado em 10 de janeiro de 2021. Disponível em <http://sweet.ua.pt/pf/Documentos/Guia%20redacao%20relatorios.pdf>
- Fortune, M., Price, M. (2003). The spirit of healing: how to develop a spiritually based personal and professional practice. *Journal of the New York State Nurses Association*, (1), 32-38.
- Gregory, S., Verdouw, J. (2005). Therapeutic touch: Its application for residents in aged care. *Australian Nursing Journal*, 12 (7), 23-3. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/Therapeutic-touch%3A-its-application-for-residents-in-Gregory-Verdouw/6b1124206d692485c97d15c5df1fb10ab8022e86>
- Hsiao, P-R., Redley, B., Hsiao, Y-C., Lin, C-C., Han, C-Y., Lin, H-R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*.

Consultado em 08 de janeiro de 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>

- Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 1.0. Consultado em 21 de setembro 2020. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/438261365/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2019>
- Joanna Briggs Institute. (2014). JBI Levels of Evidence. Consultado em 10 de novembro de 2020. Disponível em [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)
- Joanna Briggs Institute. (2015). Reviewers' manual: 2015 edition]. Australia (AU): JBI. Consultado em 10 de novembro de 2020. Disponível em <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 57. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1.ª série - N.º 169. Lisboa: Assembleia da República.
- Lemos, B., Cunha, A., Cesarino, C., Martins, M. (2019). O impacto da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida de idosos. *Brazilian Journal of Pain*, 2(3), 237-41. Consultado em 17 de outubro de 2020. DOI 10.5935/2595-0118.20190042.
- Lusquiños, A., Mendes, A., Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde* (2), 1685-1694.
- MacNeil, MS. (2006). Therapeutic touch, pain, and caring: implications for nursing practice. *International Journal for Human Caring*, 10(1), 40-48. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <https://connect.springerpub.com/content/sgrijhc/10/1/40>
- Marques, R. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 95-104. Consultado em 5 de fevereiro de 2021. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962015.pdf>

- Martinho, C., Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. Consultado em 05 de novembro de 2020. DOI 10.5935/0103-507X.20160027.
- McClement, S., Fallis, W., Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurse's perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (3), 233-240. Consultado em 10 de outubro de 2020. DOI: 10.1111 / j.1547-5069.2009.01288.x
- Ministério da Saúde. (2003). *Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Norma nº 015/2013, atualizada 04/11/2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Norma nº 015/2017 de 13 de julho. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Norma 004/2020, atualizada a 19 de abril de 2021. *Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Consultado em 18 setembro de 2020. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos, Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Consultado

em 24 de setembro de 2020. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

- Orientação 038/2020 de 17 de dezembro. Covid-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Pacheco, S., Viegas, S., Rosa, M. (2007). Toque terapêutico-fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. *Revista Nursing*, 224. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3099-toque-terapeutico-fundamentacao-e-aplicabilidade-em-enfermagem#.X7E3Amj7SUK>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Sistema Nacional de Saúde. Consultado em 17 de janeiro de 2020. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Parecer CJ/20 – 2001 de 14 de maio. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer N.º 09 / 2017 de 6 de março. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer N.º 10 / 2017 de 8 de setembro. Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pascoal, J., Marques, R., Ribeiro, P. (2016). Fatores que Influenciam a Qualidade do Sono na Pessoa em Unidade de Cuidados Intensivos. *CuidArte Enfermagem*, 10(2), 195-200. Consultado em 05 de novembro de 2020. Disponível em <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/195-200.pdf>
- Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 11, 121-132. Consultado em 10 de março de 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.161-174). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pereira, S. (2010). Cuidados Paliativos: Confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Issue (10), 27-39. Consultado em

10 janeiro 2021. Disponível em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

- Pinheiro, A., Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571-581. Consultado em 02 de novembro de 2020. DOI: 10.5935/0103-507X.20190070
- Pinho, J. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.311-320). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Porto, K. (2014). A segurança do paciente na utilização do checklist. *Rev. Enfermagem Revista*, 17(2), 103-115. Consultado em 09 de fevereiro de 2021. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série- PARTE E -N.º 184. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. *Diário da República* — I Série – A - N.º 2. Lisboa: Assembleia da República.
- Rexilius, S., Mundt, C., Megel, M., Agrawal, S. (2002). Therapeutic effects of massage therapy and healing touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. *Oncology Nursing Forum*, 29, E35-44. Consultado em 15 de novembro de 2020. DOI: 10.1188/02.ONF.E35-E44
- Rodgers BL. (2000). *Concept Analysis: an evolutionary*. Em: Rodgers BL, Knafl KA. *Concept development in nursing*. 2ª ed. Philadelphia: Saunders.
- Sá, F., Botelho, M., Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 32–46. Consultado em 20 de setembro 2020. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/302914687\\_Cuidar\\_da\\_Familia\\_da\\_Pessoa\\_em\\_Sit](https://www.researchgate.net/publication/302914687_Cuidar_da_Familia_da_Pessoa_em_Sit)

uacao\_Critica\_A\_Experiencia\_do\_Enfermeiro\_Caring\_for\_the\_Family\_of\_the\_Critically\_Ill\_Person\_The\_Experience\_of\_Nurses

- Santos, D., Carvalho, E. (2012). Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura. Revista brasileira de enfermagem Reben, 65(6), 1011-8. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600018>
- Silva, J., Pedras, E. (2017). A Comunicação com Pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva em uma Unidade de Terapia Intensiva no Interior de Minas Gerais sob a perspectiva da Equipe de Enfermagem. Revista Brasileira de Ciências da Vida, 5 (2), 1-26. Consultado em 01 de novembro de 2020. Disponível em <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/258/92>
- Sousa, L., Firminio, C., Carteiro, D., Frade, F., Marques, J., Antunes, A. (2018). Análise de Conceito: Conceitos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 9-19. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em [https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1408/1/RIE25\\_s2\\_9-20.pdf](https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1408/1/RIE25_s2_9-20.pdf)
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., Antunes, A. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 17-26. Consultado em 15 de novembro de 2020. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)
- Sousa PP. (2020). O Conforto da Pessoa Idosa. 2ª ed, Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Teixeira, J. (2006). Manual de Urgências e Emergências. Lousã: Lidel.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência.
- Vieira, M. (2017). Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência. 3ªedição, Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Watson, J. (2002). ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

**POSTER - O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

# ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

## O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura

Brás, Sónia<sup>1,3</sup>; Mendes, Alcina<sup>1,3</sup>; Marques, Rita<sup>2,4</sup>; Pontifice-Sousa, Patrícia<sup>2,5</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; <sup>2</sup>ICS-UCP, RN, M&NC, PhD; - Membro do CIIS; <sup>3</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP. Enfermeira no CHLO – Hospital Egas Moniz; <sup>4</sup> Professora Adjunta na ESSCVP; <sup>5</sup> Professora Auxiliar na UCP

### Introdução

O contacto humano é muitas vezes esquecido no dia a dia, sendo um aspeto fundamental da enfermagem. Partiu-se da questão de revisão: Quais os benefícios do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem?

### Objetivo

Identificar os benefícios do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem.

### Materiais e Métodos

Revisão integrativa da literatura durante o mês de outubro de 2020, no período temporal de 2000 a 2020, através da conjugação dos descritores DeCS "therapeutic touch", "nursing" e "nursing care" e dos operadores booleanos AND nas bases de dados da EBSCO. Optou-se por este horizonte temporal devido à escassez de literatura sobre o tema. Foram incluídos 77 artigos que foram submetidos aos critérios de inclusão (disponibilização de texto completo, artigos em português, inglês e francês, publicados entre 2000 e 2020). Após leitura de título, resumo e texto completo, a amostra final ficou constituída por 5 artigos. O processo de busca e seleção foi realizado por dois pesquisadores independentes.

### Resultados

#### Aumenta

Empatia

Satisfação

Interação

Respeito

Segurança

Conforto

#### Promove

Status funcional

Bem-estar

Sono

Motivação

Tranquilidade

Esperança

#### Reduz

Dor

Ansiedade

Sofrimento

Stress

Comportamentos perturbadores

### Conclusão

O toque terapêutico ocorre na interação enfermeiro-pessoa e assenta na confiança mútua, no respeito e no reconhecimento das necessidades, onde o uso intencional produz um efeito positivo na pessoa/família. É fundamental compreender os benefícios do toque, pois, só assim poderá ser valorizado e utilizado de forma intencional na prática de cuidados.

#### Referências Bibliográficas

Dias, A., Oliveira, L., Dias, D., Santana, M. (2006). Affective touch according to the nurse's perspective. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(5), 603-7. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500012>; Fonseca, C., Ramos, A., Vilas, J., Castro, C., Boleiro, M. (2012). Outcomes of individualized nursing interventions: a systematic review of literature. *Rev RENE*, 13 (2), 470-479. Consultado em 16 de outubro de 2020. Disponível em <http://periodicos.uic.br/revistas/revista/index.php/revista>; Gregory, S., Verdouw, J. (2005). Therapeutic touch: its application for residents in aged care. *Nursing Journal*, 12 (7), 23-3. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em <http://www.tandf.co.uk/journals/0963-8237/200507023>; Machet, M. (2006). Therapeutic touch, pain, and caring: implications for nursing practice. *International Journal for Human Caring*, 10 (1), 40-48. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1080/10818180600591346>; Santos D.S., Carvalho E.C. (2012). Nursing interventions for the care of patients with arthritis: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 65(6), 1011-8. Consultado em 11 de outubro de 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600018>



## **APÊNDICE II**

**POSTER - TOQUE TERAPÊUTICO: UMA INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE  
ENFERMAGEM**







### **APÊNDICE III**

**POSTER - TOQUE TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**



# VI Simpósio de enfermagem Ontem – Hoje – e... Amanha

Brás, Sónia<sup>1,2</sup>; Mendes, Alcina<sup>1,2</sup>; Marques, Rita<sup>2,4</sup>; Pontifice-Sousa, Patricia<sup>1,2,5</sup>; <sup>1</sup>Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; <sup>2</sup>ICS-UCP, RN, IMAIC, PhD - Membro do CIBS; <sup>3</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP, Enfermeira no CHLO – Hospital Egas Moniz; <sup>4</sup> Professora Adjunta na ESSCVP; <sup>5</sup> Professora Auxiliar na UCP

## Toque terapêutico: uma revisão integrativa da literatura

### Introdução

Baseado numa visão integral do ser humano, no sentido de proporcionar o cuidado e o conforto. O toque terapêutico assume uma forma de cuidado singular e humanizador. Assim, partiu-se da questão de revisão: Quais os benefícios do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem?

### Objetivos

Identificar os benefícios do toque terapêutico nos cuidados de enfermagem

### Materiais e Métodos

Revisão integrativa da literatura durante o mês de outubro de 2020, através da conjugação dos descritores DeCS "therapeutic touch", "nursing" e "nursing care" e do operador booleano AND nas bases de dados da EBSCO, no período temporal de 2000 a 2020. Seleccionados 52 artigos submetidos aos critérios de inclusão (texto completo, em português, inglês e francês). Após leitura de título, resumo e texto completo, a amostra final ficou constituída por 5 artigos. O processo de busca e seleção foi realizado por dois pesquisadores independentes, em discordância, validado por um terceiro avaliador.

### Resultados

Aumenta	Promove	Reduz
Empatia	Status funcional	Dor
Conforto	Motivação	Stress
Interação	Bem-estar	Ansiedade
Respeito	Sono	Comportamento perturbador
Satisfação	Esperança	
Segurança	Tranquilidade	

Sem custos associados, trata-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, não requer equipamentos, prescrição médica ou qualquer tipo de supervisão.

### Conclusão

O toque terapêutico ocorre na interação enfermeiro-pessoa e assenta na confiança mútua, no respeito e no reconhecimento das necessidades, onde o uso intencional produz um efeito positivo na pessoa/família. É fundamental compreender os benefícios do toque, pois, só assim poderá ser valorizado e utilizado de forma intencional na prática de cuidados.

**Referências Bibliográficas:** Zhao, A., Okuma, J., Zhao, G., Sankara, N. (2019). The application of touch in nursing: A rapid review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(12), 2123. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15024>.  
 FICOM (2000-2020). *Manual de procedimentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: FICOM. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15024>.  
 Fomena, C., Ramos, J., Viana, J., Sousa, C., Bastião, M. (2019). Resultados de intervenções de enfermagem orientadas para o toque: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 151-159. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0114>.  
 Fomena, C., Viana, J. (2020). *Terapias de toque para o bem-estar emocional do paciente*. Rio de Janeiro: FICOM. Consultado em 25 de outubro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15024>.  
 2020. *Intervenções de enfermagem para reduzir a dor em enfermos: revisão integrativa da literatura*. Rio de Janeiro: FICOM. Consultado em 25 de outubro de 2020.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO COM O TEMA - O  
TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**



### DECLARAÇÃO

A pedido das interessadas declara-se que as estudantes da Especialidade Médico-Cirúrgica, Alcina Silva Mendes e Sônia Brás, a realizar estágio na UCIC do HEM, realizaram no dia 7/12/2020, duas sessões de formação de 30 min com o tema: Toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: revisão integrativa. A formação teve a presença de 11 enfermeiros e foi classificada como Bom, sensibilizando para a utilidade prática.

  
\_\_\_\_\_  
12/04/2021



## **ANEXO II**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM (LISBOA) COM APRESENTAÇÃO DO POSTER COM O  
TEMA “O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA,” MENÇÃO HONROSA



**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Sónia Brás, Enfermeira Alcina Mendes, Prof. Doutora Rita Marques, Prof. Doutora Patrícia Pontifice-Sousa**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 41 com o tema "**O TOQUE TERAPÊUTICO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**", **MENÇÃO HONROSA**.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
**Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar





### **ANEXO III**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – 3º SESSÃO.**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar** "II Ciclo de **Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | 3ª Sessão**", no dia **17 de Fevereiro de 2021**, com a duração total de **02H00**, realizado através da "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

**Lisboa, 17 de Fevereiro de 2021.**

P<sup>1</sup>ª Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



**ANEXO IV**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – 4ª SESSÃO**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar** **«II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | 4ª Sessão»**, no dia **24 de Fevereiro de 2021**, com a duração total de **02H00**, realizado através da "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

**Lisboa, 24 de Fevereiro de 2021.**

P<sup>1</sup>ª Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



**ANEXO V**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – 5ª SESSÃO**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar<sup>1</sup> «II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | 5ª Sessão»**, no dia **03 de Março de 2021**, com a duração total de **02H00**, realizado através da "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

**Lisboa, 03 de Março de 2021.**

P<sup>1</sup>: A Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



## **ANEXO VI**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 1.**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar** «II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 1», no dia **24 de Março de 2021**, com a duração total de **04H00**, realizado através da "Plataforma digital Cisco Webex Events".

**Lisboa, 24 de Março de 2021.**

P<sup>ra</sup> A Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



## **ANEXO VII**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 2.**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº 11845 desta Ordem, participou no Webinar' «Il Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 2», no dia 31 de Março de 2021, com a duração total de 04H00, realizado através da "Plataforma digital Cisco Webex Events".

Lisboa, 31 de Março de 2021.

P.ª Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo²



## **ANEXO VIII**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 3.**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar** «II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 3», no dia **7 de Abril de 2021**, com a duração total de **04H00**, realizado através da “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

**Lisboa, 7 de Abril de 2021.**

P<sup>1</sup>ª Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



## **ANEXO IX**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO  
EM ENFERMAGEM 2021 – ENCONTRO DE INVESTIGADORES – 6ª SESSÃO – EDIÇÃO 4.**





## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no **Webinar** «**II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores | 6ª Sessão | Edição 4**», no dia **14 de Abril de 2021**, com a duração total de **04H00**, realizado através da "Plataforma digital Cisco Webex Events".

**Lisboa, 14 de Abril de 2021.**

P:<sup>a</sup> A Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



## **ANEXO X**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO XIX CONGRESSO NACIONAL DA AESOP**



**XIX CONGRESSO  
NACIONAL DA  
AESOP**

**CERTIFICADO**

Mercedes Bilbao, Presidente do ***XIX Congresso Nacional da AESOP***, certifica que:

**Sónia Brás**

Participou no ***XIX Congresso Nacional da AESOP – Uma ideia, uma Mudança***, realizado em plataforma virtual, entre as 17h00 e as 22h00, nos dias 12 e 13 de novembro de 2020, correspondendo a um total de 10 horas de formação.

Para que conste, o presente certificado é assinado, em Lisboa a 20 de novembro de 2020.

*Mercedes Bilbao*

Mercedes Bilbao  
Presidente do Congresso



**ANEXO XI**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA.**



Reunião Anual

**SPH**2020

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

16 a 20  
novembro

online



**CERTIFICADO**

**Sónia Cristina Neto Brás**

Participou na **Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia**,  
que se realizou de 16 a 20 de Novembro de 2020, em formato virtual.

**João Raposo**  
Presidente Interino da SPH

**José Pedro Carda**  
Secretário-Geral da SPH

**SPH** SOCIEDADE  
PORTUGUESA  
DE HEMATOLOGIA



**ANEXO XII**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 15º CONGRESSO PORTUGUÊS DE  
HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL.



15º CONGRESSO PORTUGUÊS DE

# HIPERTENSÃO

E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

INTERNATIONAL MEETING ON HYPERTENSION  
AND GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK

26 27 28

Fevereiro  
February  
2021

[www.sphta.org.pt](http://www.sphta.org.pt)

 ONLINE

## CERTIFICADO

SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE  
HIPERTENSÃO  
Portuguese Society of Hypertension

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

**Sónia Cristina Neto Brás**

participou no **15º. Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global**,  
realizado online, nos dias 26 a 28 de Fevereiro de 2021.



Vitor Paixão Dias  
Presidente do Congresso



Luís Bronze  
Presidente da Comissão Organizadora



### **ANEXO XIII**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CICLO DE WEBINARS ENFERMAGEM ÀS QUINTAS SUBORDINADO À TEMÁTICA DEVERES ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS II.





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars "**Enfermagem às Quintas**" subordinado à temática "**Deveres Éticos e Deontológicos II**" no dia **4 de Março de 2021**, com duração total de **2** horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 8 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho



## **ANEXO XIV**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR SABER+2.0: DOENTE COM SUPORTE  
DE VIDA EXTRACORPORAL.**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, participou no Webinar "**Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal**", no dia **16 de Março**, com duração total de **2h30**, na plataforma digital Cisco Webex Events.

**Coimbra, 16 de Março de 2021.**

O Presidente do Conselho Diretivo Regional

**Ricardo Correia Matos**



**ANEXO XV**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO SOLENE: APRESENTAÇÃO DA  
ONTOLOGIA DE ENFERMAGEM**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº 11845 desta Ordem, participou na **Sessão Solene: "Apresentação da Ontologia de Enfermagem"**, no dia **18 de Março de 2021**, com a duração total de **02H00**, realizado através da "Plataforma digital Cisco Webex Events".

**Lisboa, 26 de Março de 2021.**

P<sup>a</sup> Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>



## **ANEXO XVI**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CICLO DE WEBINARS ENFERMAGEM ÀS  
QUINTAS SUBORDINADO À TEMÁTICA SEGURANÇA NOS CUIDADOS.**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**SÓNIA CRISTINA NETO BRÁS**

membro nº **11845** desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars "**Enfermagem às Quintas**" subordinado à temática "**Segurança nos Cuidados**" no dia **25 de Março de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 29 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho