



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL

MULTICULTURAL CRITICAL PATIENT CARE

Por:

Loredana Mihu

Lisboa, 2023



Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL

MULTICULTURAL CRITICAL PATIENT CARE

Por:

Loredana Mihu

Sob a orientação de Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2023

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar numa alma humana,
seja apenas outra alma humana”*

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

À Professora Rita Marques pela sua tolerância, conselhos, incentivo, disponibilidade e compreensão.

Aos Enfermeiros Orientadores Fátima Gonçalves e Alexandre Lomba que foram incansáveis durante este percurso, pela disponibilidade, receptividade e partilha.

À todos os profissionais das unidades onde efetuei os estágios, pela receção, disponibilidade e simpatia, fazendo-me sentir como elemento da equipa.

Às Equipas de Enfermagem do serviço de Medicina que me acompanharam neste percurso.

À todos aqueles que contribuíram para a tradução dos trabalhos desenvolvidos nos locais de estágio.

Aos meus amigos, por acompanharem e apoiarem todo este percurso, desculpando a minha ausência.

Agradeço de forma especial aos meus familiares, por tudo o que fizeram por mim, por serem incansável no apoio e força transmitida ao longo deste percurso.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Este documento reflete todo o percurso realizado, nomeadamente a investigação efetuada e descreve, de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas nos diferentes campos de estágio.

No âmbito do Estágio Final e Relatório, foi realizado um estágio em três contextos distintos que se complementam entre si. A primeira parte foi desenvolvida em contexto de Emergência Extra-Hospitalar, a segunda em Bloco Operatório de Urgência, ambos num hospital central de Lisboa e, por fim, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um hospital privado de Lisboa. Os objetivos específicos que orientaram as experiências em estágio consistiam em desenvolver competências no cuidado especializado ao doente/família em situação crítica e contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem ao doente crítico, em cada um dos contextos.

De acordo com as competências desenvolvidas durante a minha experiência profissional no cuidado ao doente com doença renal crónica terminal em hemodiálise, foi-me concedida creditação ao módulo Vigilância e Decisão Clínica. A escolha das instituições, bem como dos serviços em questão, relacionou-se sempre com a procura de novos conhecimentos e realidades com o objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados.

O relatório contempla ainda um estudo de investigação, uma *scoping review*, realizada sobre *Estratégias para o Cuidado de Enfermagem ao Doente Crítico Multicultural*, que se revelou muito pertinente e de grande contributo para melhoria da qualidade dos cuidados nos estágios realizados, para os quais foram desenvolvidos documentos traduzidos em outras línguas para apoiar o cuidado de enfermagem.

Este relatório pretende demonstrar as experiências vivenciadas que foram determinantes na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências essenciais para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-Chave: Estratégias; Doente crítico; Doente multicultural; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This report is part of the completion of the Master's program in Medical-Surgical Nursing, focusing on the area of Nursing Care for Individuals in Critical Situations. It reflects the entire journey undertaken, including the conducted research, and provides a critical and reflective description of the activities carried out, as well as the competencies acquired in different internship settings.

As part of the Final Internship and Report, an internship was conducted in three distinct yet complementary contexts. The first part took place in pre-hospital emergency care, the second in an emergency operating room, both within a central hospital in Lisbon, and finally, in an Intensive Care Unit of a private hospital in Lisbon. The specific objectives guiding the internship experiences were to develop competencies in specialized care for critically ill patients and their families and contribute to the improvement of nursing care quality for critically ill patients in each context.

Based on the competencies developed during my professional experience in caring for patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis, I received accreditation for the Surveillance and Clinical Decision-Making module. The choice of institutions and specific services was always driven by the pursuit of new knowledge and realities to enhance my care provision.

The report also includes a research study, and a scoping review, conducted on the topic - Strategies for Nursing Care of the Multicultural Critically Ill Patient. This study proved highly relevant and made a significant contribution to improving the quality of care in internships. Translated documents were developed to support nursing care in other languages.

This report aims to demonstrate the lived experiences that were instrumental in acquiring knowledge and developing essential competencies for a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, particularly in the field of Nursing Care for Individuals in Critical Situations.

Keywords: Strategies; Critical patient; Multicultural patient; Nursing care.

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE- Via aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição [do inglês Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure]

XABCDE- Hemorragia, Via aérea, Ventilação, Circulação e controlo Hemorragia, Disfunção Neurológica, Exposição [do inglês Bleeding, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure]

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC -Cateter Venoso Central

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

ECG -Eletrocardiograma

FAV – Fístula Artério-Venosa

GSA – Gasimetria Arterial

HD - Hemodiálise

HDF - Hemodiafiltração

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NAS – Nursing Activities Score

OE -Ordem dos Enfermeiros

PCR -Paragem Córdio Respiratória

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

Reg. - Regulamento

SAV – Suporte Avançado de Vida

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SBV -Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Sala de Operação

SU – Serviço de Urgência

TISS28 – Therapeutic Intervention Score System

TA -Tensão arterial

VMER -Viatura Médica de Emergência e Reanimação

UCE – Unidade Concentrado Eritrocitário

UC – UC

UCI -Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP -Universidade Católica Portuguesa

UCPA -Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1- ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL: UMA SCOPING REVIEW	21
2- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	32
2.1 Creditação Do Estágio-Vigilância e Decisão Clínica.....	33
2.2 Estágio em Contexto de Urgência.....	36
2.2.1 Estágio em Contexto Extra-Hospitalar.....	37
2.2.2 Estágio no Bloco Operatório De Urgência.....	45
2.3. Estágio Em Contexto De Unidade De Cuidados Intensivos.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS

Anexo 1- Certificado de Apresentação do Poster “Estratégias para o Cuidado De Enfermagem Ao Doente Crítico Multicultural” no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo

APÊNDICES

Apêndice I - Poster: “Estratégias para o Cuidado De Enfermagem Ao Doente Crítico Multicultural ”, apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo

Apêndice II- Tabela com os Resultados da Scoping Review - “Estratégias para o Cuidado De Enfermagem Ao Doente Crítico Multicultural ”

Apêndice III - Folheto de Acolhimento do Doente ao Bloco Operatório

Apêndice IV - Tapete de Rato com o tema “Estratégias para a Prevenção do Delirium no Doente Crítico”

Apêndice V - Documento informativos e ilustrativos traduzido para várias línguas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama I – Diagrama de Prisma para a seleção dos artigos

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Este documento reflete todo o percurso realizado, nomeadamente a investigação efetuada, descreve de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas nos diferentes campos de estágio.

Segundo o Regulamento (Reg.) das Competências Comuns, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Sendo esta especialidade dirigida à pessoa em situação crítica, é pertinente saber que esta pessoa é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Reg. nº 429/2018; p. 19362). Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua ao doente 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” (Reg. 429/2018; p. 19362).

Deste modo, a área do doente crítico surge como um grande interesse pessoal, pela complexidade de abordagem, especificidade de conhecimentos e competências necessárias por parte de toda a equipa multidisciplinar e em particular de enfermagem, bem como pelo facto de ambicionar há muito tempo desenvolver a minha atividade profissional neste tipo de contexto. Após a conclusão do estágio, foi-me dirigida a proposta de iniciar funções no bloco operatório de urgência, local onde realizei uma parte da UC “Estágio Final e Relatório”, e local onde me encontro atualmente a desempenhar funções.

Ao longo deste percurso obtive creditação à Unidade Curricular (UC) - Vigilância e Decisão Clínica, com base na experiência profissional no cuidado ao doente com doença renal crónica em hemodiálise, com entrega do relatório de creditação indo ao encontro do artigo 45 do Decreto-Lei 74/2006.

O relatório abrange dois períodos de estágio que decorreram em três contextos distintos, que se complementam entre si. No âmbito da UC Estágio Final e Relatório, o contexto de urgência, por opção pessoal foi dividido em dois contextos diferentes: Contexto de Emergência Extra-Hospitalar e Bloco Operatório de Urgência de um hospital da área metropolitana de Lisboa e, por último optei por realizar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um hospital privado de Lisboa. O horário praticado foi o estabelecido pelos enfermeiros orientadores que seguiu o horário *roulement*.

A escolha das instituições hospitalares, bem como dos serviços em questão, relacionou-se sempre com a procura de novos conhecimentos e realidades com objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados.

Para a realização do estudo de investigação, foi escolhida a temática de *Estratégias para o Cuidado de Enfermagem ao Doente Crítico Multicultural*. Foi realizada uma *scoping review*, que se revelou muito pertinente e de grande contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados nos contextos onde exerço funções assim como nos locais onde os estágios foram realizados. No âmbito do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo, foi realizado e apresentado um poster acerca da temática referida, que está disponibilizado no Apêndice I deste relatório.

A escolha do tema tem uma componente pessoal, pelo facto de ser natural da Roménia. Desde sempre esta temática fez parte do meu dia a dia. O facto de conhecer várias pessoas de origem Romena que ao recorrerem aos serviços de saúde, encontram vários obstáculos, seja pela barreira linguística existente ou pela dificuldade em entender os termos médicos, fez-me desenvolver uma sensibilidade acrescida, e desde que vivo em Portugal, procuro sempre ajudar as pessoas que necessitam, na interpretação das informações relacionadas com a saúde/doença. Ao longo do meu percurso em Enfermagem, desenvolvi esta sensibilidade cultural que já me acompanhava há muito tempo. Já em muitas situações fui chamada para servir de intérprete para doentes de nacionalidade romena que não sabiam falar a língua portuguesa e sempre que tive ao meu cuidado, doentes de outras nacionalidades tentei sempre atender às suas necessidades, de forma a sentirem-se como “em casa”.

Ao realizar os estágios acima referidos em hospitais da capital, local onde se encontra o maior número de população estrangeira de acordo com Lopes, Menezes, Sousa e Machado (2021), senti que deveria contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados

prestados a estes doentes e como tal, realizei uma scoping review sobre estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural.

Segundo Weissmann (2018), o termo multiculturalidade descreve a existência de diferentes culturas presentes na mesma região, cidade ou país, sendo que cada uma tem as suas especificidades, isto é, todas as culturas têm características diferentes.

De forma a colmatar os obstáculos que aparecem na esfera do cuidar, para manter segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes multiculturais, realizei ao longo do período de estágio vários instrumentos para a abordagem a estes doentes.

Para o enquadramento do presente relatório e para sustentar a minha prática recorri à Teoria da Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que foi pioneira no estudo da transculturalidade em enfermagem, tendo desenvolvido a sua teoria nos anos 50, a partir de estudos de antropologia e de enfermagem (Tomey & Alligood, 2003).

Nos anos 70 Leininger criou o Modelo Sunrise, para descrever os componentes essenciais da teoria. Este modelo é composto por duas metades que simboliza o nascer do sol (cuidar). A metade superior do círculo corresponde à componentes da estrutura social e fatores da visão do mundo que influenciam o cuidar e a saúde. As duas metades em conjunto formam um sol, que representa o universo que os enfermeiros têm de considerar para adequar o cuidar e promover a saúde. Este modelo ilustra os seres humanos como inseparáveis dos seus antecedentes culturais, da estrutura social, da visão do mundo, da história e do contexto ambiental. Estes fatores também influenciam o sistema popular, profissional e de enfermagem que se encontra na parte média do modelo (Tomey & Alligood, 2003).

Leininger demonstrou na sua teoria, que os enfermeiros necessitam de um maior conhecimento sobre as diferentes culturas para prestar cuidados de qualidade aos doentes das várias etnias, promovendo cuidados de enfermagem holísticos, de acordo com a cultura, bem-estar e cuidados de saúde, dando ênfase à pesquisa científica e humanística.

Segundo esta teórica, a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo por parte dos enfermeiros reduzem gradualmente a qualidade do cuidar aos doentes de culturas diferentes e além disso, quando os diagnósticos médicos e os diagnósticos de enfermagem, não atendiam às diferenças culturais, surgiam resultados desfavoráveis e graves para estes. Quando os doentes procuravam cuidados de enfermagem, o que mais desejavam, eram cuidados de qualidade, e estes só poderiam ser oferecidos quando as equipas de enfermagem conheciam e prestavam cuidados culturalmente congruentes (Tomey & Alligood, 2003).

O cuidar cultural é a teoria mais vasta de enfermagem, tem como base a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana ao longo do tempo, incluindo os fatores de enquadramento social, a visão do mundo, a história, os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem e os padrões populares e profissionais. Segundo Leininger, estas são algumas bases essenciais para descobrir os conhecimentos do cuidar enraizados, como a essência da enfermagem que pode conduzir à saúde e ao bem-estar dos doentes, sendo o objetivo da sua teoria prestar um cuidar culturalmente congruente (Tomey & Alligood, 2003). A autora considera que as equipas de enfermagem deveriam trabalhar no sentido de explicar a utilização e os significados do cuidar, de modo que os valores, as crenças e o modo de vida da cultura, pudessem constituir bases exatas e seguras para planear e implementar eficazmente o cuidar próprio da cultura, identificando aspetos comuns ou universais do cuidar. Defendia também que os enfermeiros não podiam separar as visões do mundo, o enquadramento social e as crenças culturais da saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidar quando trabalham com as culturas, porque estes fatores estão intimamente ligados (Tomey & Alligood, 2003).

Tomey e Alligood (2003) referem que as teorias e os estudos sobre a enfermagem transcultural serão sempre necessários para satisfazer as necessidades das pessoas culturalmente diferentes, como tal a teoria de Leininger ganhou interesse e utilização por todo o mundo, por ser holística, relevante, futurística e por lidar com conceitos específicos do cuidar. O enfermeiro que orienta o seu exercício profissional por esta teoria promove maior conforto do doente e melhora a relação interpessoal, preservando desta forma a sua cultura, religião, etnia e crenças.

Este relatório pretende demonstrar algumas experiências vivenciadas que foram determinantes na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências essenciais para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O relatório encontra-se estruturado em dois capítulos: O primeiro capítulo apresenta a Scoping Review realizada sob o tema “estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural”. O segundo capítulo começa por abordar a creditação à UC “Vigilância e Decisão Clínica” com posterior análise e reflexão crítica sobre diversas situações que se desenrolaram ao longo deste percurso e foram marcantes no meu processo de aquisição de competências, recorrendo também à pesquisa bibliográfica para fundamentação do mesmo. Para tal, teve também um grande contributo, a realização de um projeto de estágio onde delineei um objetivo geral e dois específicos,

que me propus alcançar em cada contexto e as respetivas atividades que realizei para os atingir.

Recorrendo à metodologia supramencionada, procurei evidenciar a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. No âmbito da UC estágio e relatório, realizei 360 horas de contacto, divididas por 3 contextos: o primeiro decorreu no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar (90 horas); o segundo no Bloco Operatório de Urgência (90 horas); e por fim, na Unidade de Cuidados Intensivos (180 horas).

Este trabalho encontra-se elaborado segundo as normas de orientação da UCP, de acordo com o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa, utilizando para as referências bibliográficas a norma APA (*American Psychological Association*)7th edition.

1. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL: UMA SCOPING REVIEW

RESUMO

Vivemos numa realidade social em que a multiculturalidade é um tema cada vez mais atual e mais presente nos nossos contextos. A existência de diversas culturas no mesmo espaço social, implica a existência de um conjunto de valores, crenças, costumes e hábitos diferentes entre si. Face a esta nova realidade, é exigido às equipas de enfermagem elevada competência cultural na prestação de cuidados a estes doentes, em prol da humanização dos cuidados de saúde (Dobrowolska, et al., 2020; Baratipor & Amini, 2021).

Objetivo: Mapear as estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural.

Método: Foi elaborada uma Scoping Review de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020), com a seguinte questão de investigação: Quais as estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural? A pesquisa foi efetuada através da plataforma EBSCOHost, SciELO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e pesquisa na literatura cinzenta com os descritores “Cultural Competency”, “Emergency Nursing”, “Transcultural Nursing”, “Critical Care”, “Cultural Diversity”, que foram previamente validados nas plataformas Medical Subject Heading (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Resultados: Os artigos selecionados evidenciam as várias estratégias que contribuem para a melhoria do cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural que se relacionam com a prática dos cuidados, priorizando a intervenção dos intérpretes profissionais, sendo que na falta destes, deve-se recorrer aos enfermeiros bilingues, familiares do doente ou mesmo à comunicação não verbal, que é baseada na improvisação e gesticulação; uma outra estratégia advém da formação sobre diversidade cultural tanto para enfermeiros como para os estudantes de enfermagem.

Conclusão: Os conhecimentos e estratégias que os enfermeiros podem adotar ao cuidar de doentes multiculturais nos serviços de cuidados críticos, permite aumentar a qualidade

dos cuidados prestados, contribuindo desta forma para a humanização dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Competência cultural, cuidados de enfermagem, estratégias, enfermeiros.

INTRODUÇÃO

Atualmente o tema da multiculturalidade está a ganhar cada vez mais relevância, face ao desenvolvimento da nossa sociedade, devido a globalização e aumento da migração. Face a esta mudança, cabe a todos nós reconhecer e valorizar as diferentes culturas promover a inclusão, compreensão e respeito pelas diversas perspetivas e práticas culturais.

Portugal, segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) tem um fluxo migratório cada vez mais numeroso, diversificado e complexo. Em 2021 verificou-se pelo sexto ano consecutivo um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 5,6% face a 2020, perfazendo um total de 698.887 cidadãos estrangeiros, titulares de autorização de residência valor mais elevado registado pelo SEF desde a sua fundação em 1976 (Estrela, Lopes, Menezes, Sousa & Machado, 2021). O número de emigrantes ilegais que não são cobertos pelas estatísticas oficiais, também devem ser adicionados a estas estimativas. As cinco nacionalidades com mais imigrantes residentes em Portugal são por ordem, Brasil, Reino Unido, Cabo Verde, Roménia e Ucrânia. Relativamente à distribuição geográfica por concelho, sete dos dez concelhos com maior número de cidadãos estrangeiros registados, pertencem à área metropolitana de Lisboa (Estrela, Lopes, Menezes, Sousa & Machado, 2021).

Lopes et al (2018) referem que o maior obstáculo ao processo de integração dos cidadãos estrangeiros, passa pelo acesso aos serviços de saúde. A existência de uma barreira linguística entre o profissional de saúde e o doente proveniente de outro país coloca em risco o estabelecimento da relação terapêutica. Os obstáculos que surgem na esfera do cuidar, quando não são colmatados podem colocar em risco a segurança do doente, comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, influenciando desta forma os ganhos em saúde, podendo levar ao desenvolvimento do choque cultural (Wojnicka, et al., 2022).

Neste sentido, tal como refere Madeleine Leininger, torna-se crucial que os enfermeiros aprofundem conhecimentos sobre a diversidade cultural, de forma a prestar

cuidados de maior qualidade a doentes de várias etnias, promovendo um cuidado de enfermagem holístico (Tomey & Alligood, 2003).

Face ao aumento do fluxo migratório, os enfermeiros devem ter consciência das diferenças culturais nas suas intervenções de enfermagem, de forma a garantir cuidados integrais e uma gestão de cuidados centrada nas necessidades do doente e nas suas culturas, pois, a cultura afeta a perceção de saúde, doença, decisões de tratamento, experiências, e resultados de cuidados de saúde (Baratipor & Amini, 2021).

Dado o crescimento da sociedade transcultural em Portugal, os enfermeiros devem estar munidos de competências culturais, ou seja, devem possuir conhecimentos de outras culturas de forma a identificar as particularidades de cada cultura para que o planeamento dos cuidados seja individualizado. Alguns aspetos como o contacto com os olhos, o toque e o silêncio são interpretados de forma diferente nas diversas culturas (Vilelas & Janeiro, 2011). Além disso a prática de enfermagem inclui uma prestação de cuidados holística ou seja aborda o desenvolvimento físico, psicológico, social, emocional e as necessidades espirituais dos doentes. É importante enfatizar que o enfermeiro deve identificar e atender a essas necessidades, a fim de prestar um atendimento individualizado, que foi estipulado como um direito do doente e uma marca da prática profissional de enfermagem (Wojnicka, et al., 2022).

Sendo que a maioria dos enfermeiros não possui este conhecimento, surge a necessidade do desenvolvimento de estratégias de modo a adquirir conhecimentos e competência cultural que suportem a prática de cuidados diferenciada (Vilelas & Janeiro, 2011; Wojnicka, et al., 2022). Estes devem possuir um conjunto de atributos, tais como empatia, aceitação e flexibilidade, devem demonstrar respeito e preocupação através de uma atitude carinhosa para entender e apreciar as necessidades e perspetivas culturais de cada doente (Vilelas & Janeiro, 2012).

Em contexto de cuidados críticos, o doente multicultural enfrenta barreiras linguísticas e culturais, podendo estas constituir obstáculos à criação da relação terapêutica. Assim, é exigido à equipa de enfermagem elevada competência cultural na prestação de cuidados a estes doentes em prol da humanização dos cuidados (Dobrowolska, et al., 2020; Baratipor & Amini, 2021). Quando os enfermeiros prestam cuidados culturalmente competentes, ajudam a garantir a satisfação do doente e atingir consequentemente, ganhos em saúde (Baratipor & Amini, 2021).

Neste sentido, sendo que não foi encontrada nenhuma revisão da literatura sobre este tema, partiu-se para a elaboração da scoping review com o objetivo de mapear na

evidência científica as estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Foi elaborada uma Scoping Review de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020), com a seguinte questão de investigação: Quais as estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural?

Aplicou-se o acrónimo PCC para conduzir o percurso metodológico, sendo os Participantes (P): enfermeiros e estudantes de enfermagem; Conceito (C): estratégias para cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural; Contexto (C): Cuidados Críticos.

Face à evolução do tema ao longo dos anos, a pesquisa foi realizada entre os anos 2012-2022, com os seguintes descritores utilizados na língua inglesa: cultural competence, nurs*, strategie, emergency nurse, critical care, cultural diversity; e na língua portuguesa: competência cultural, enfermeiro, estratégias, emergência, cuidados críticos, diversidade cultural. Os descritores validados no Medical Subject Headings (Mesh) correspondem a Cultural Competency, Emergency Nursing, Transcultural Nursing.

A pesquisa foi efetuada em Outubro de 2022 através do motor de busca EBSCO: CINHALL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, SciELO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e pesquisa na literatura cinzenta, definiu-se a seguinte equação de pesquisa: [(TI cultural care) OR (AB cultural care) OR (SU cultural care) OR (TI cultural competence) OR (AB cultural competence) OR (SU cultural competence)] AND [(TI nurs* interventions) OR (AB nurs* interventions) OR (SU nurs* interventions) OR (TI nurs* strategies) OR (AB nurs* strategies) OR (SU nurs* strategies)] AND [(TI critical care) OR (AB critical care) OR (SU critical care) OR (TI emergency room) OR (AB emergency room) OR (SU emergency room) OR (TI intensive care) OR (AB intensive care) OR (SU intensive care) OR (TI operating room) OR (AB operating room) OR (SU operating room)].

Como critérios de inclusão foram aplicados: artigos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola; artigos publicados nos últimos 10 anos; e artigos que evidenciassem estratégias para cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural em contexto de cuidados críticos. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos cujo

contexto de intervenção inclui os serviços de internamento, unidades pediátricas e unidades de cuidados de saúde primários. A seleção dos artigos foi realizada após a leitura do título, seguida da leitura do resumo e por fim, do texto integral dos artigos obtidos, selecionando aqueles que responderam à questão de investigação.

RESULTADOS

Da pesquisa realizada nas bases de dados enunciadas, surgiu uma amostra inicial de 176 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se à leitura do título, tendo resultado um total de 85 artigos. Após a leitura do resumo, restaram 43 sendo que apenas 37 foram selecionados para leitura integral. Após a leitura integral, apenas 12 artigos deram resposta à questão de investigação definida. Este processo de seleção encontra-se representado no diagrama 1.

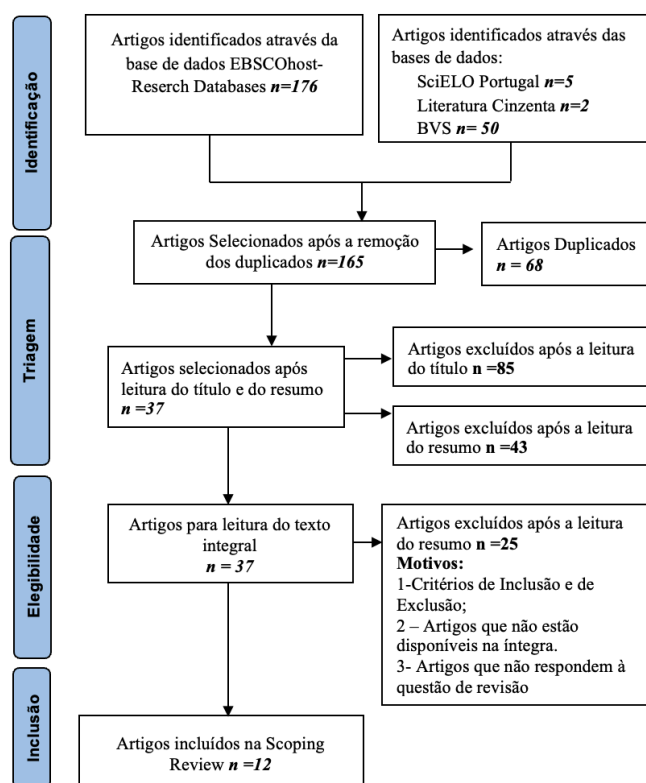


Diagrama I – Diagrama de Prisma para a seleção dos artigos.

Os 12 artigos selecionados são maioritariamente estudos qualitativos, estudos descritivos, estudos mistos e estudos transversais, realizados por meio de entrevistas, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal, realizados em vários países, tais como Suécia, Áustria, Polónia, Austrália, Bélgica e Irão.

A extração e síntese das informações contidas nos 12 estudos selecionados foi realizada através da utilização de um método padronizado em formato tabelar, segundo os elementos Autor(es), Ano de publicação, Objetivo, Método e Resultados encontrando-se descritos na tabela 1 (Apêndice II). Os estudos são apresentados do mais antigo ao mais recente.

DISCUSSÃO

Existem características que atribuem aos enfermeiros competência cultural, como o facto de falar uma segunda língua, viajar para outros países, viver em outros países, pois os ambientes culturalmente diversos influenciam positivamente a competência cultural, elevando assim o grau de consciência e sensibilidade cultural (Dobrowolska, et al., 2020 e Wojnicka, et al., 2022). Contudo, a literatura evidencia várias estratégias que contribuem para a melhoria do cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural que se relacionam com a prática dos cuidados e com a formação sobre diversidade cultural tanto para enfermeiros como para estudantes de enfermagem.

a) Prática dos Cuidados

O maior nível de consciencialização e de sensibilidade cultural dos enfermeiros que exercem funções nas unidades de cuidados intensivos, advém das situações complexas vivenciadas com os doentes multiculturais (Wojnicka, et al., 2022) e da adoção de estratégias facilitadoras da comunicação com o doente crítico multicultural. As estratégias relacionam-se com o recurso a intérpretes/enfermeiros bilingues; à família, amigos ou funcionários bilingues e à comunicação não verbal.

a.1) Intérpretes / enfermeiros bilingues

Em situações de urgência, em que o doente não domina a língua oficial/nativa, para estabelecer uma comunicação eficaz Listerfeldt, Fridh e Lindahl (2019), referem que é necessário recorrer aos intérpretes profissionais, com competência nos domínios da linguística, cultural e terminologia médica. O autor salienta que os intérpretes devem ser altamente qualificados e treinados, autoconscientes, responsáveis e devem sobretudo abordar a tradução de forma colaborativa e transparente.

Para Coleman e Angosta (2016) os intérpretes profissionais, devem acompanhar o doente ao longo de toda a sua permanência na unidade hospitalar, de forma a facilitar a comunicação com o doente e a essência do vínculo. Na ausência dos intérpretes

profissionais, o autor dá ênfase às chamadas telefônicas realizadas entre o enfermeiro, o doente e o intérprete, de forma a transmitir informações urgentes. Esta estratégia é considerada pelo autor, tanto positiva como negativa, pois apesar do intérprete telefônico ser útil e necessário, este nunca substituirá a presença do intérprete no local, além do constrangimento provocado no doente ao expor problemas da vida pessoal a um estranho, pelo telefone.

Segundo Chang, Hutchinson e Gullick (2019), quando os profissionais de saúde não conseguem comunicar com os doentes, e não existem interpretes profissionais disponíveis, recorre-se aos enfermeiros bilingues, aqueles que falam uma segunda língua, que por norma coincide com a língua falada pelo doente.

a.2) Família, amigos ou funcionários bilingues

Em caso de emergências, em que existe a necessidade imediata de informar o doente ou a família de alguma alteração súbita, e o enfermeiro bilingue não está presente, Chang, Hutchinson e Gullick (2019) referem que se pode recorrer à família, amigos ou a outros funcionários bilingues. Contudo, Coleman e Angosta (2016), afirmam que essa informação deve ser confirmada, o mais rápido possível, com o intérprete profissional.

Chang, Hutchinson e Gullick (2019) assim como Listerfeldt, Fridh e Lindahl, (2019) assumem questões éticas relacionadas com o recurso à família do doente enquanto intérprete. A família pode estar emocionalmente comprometida e quando sob stress fazer interpretações imprecisas. Muitas vezes os enfermeiros não conseguiam determinar a proficiência do parente na língua nativa, havendo sempre risco de o familiar que traduzia não compreender os termos médicos, provocando mal entendidos. Os autores também referem que em algumas culturas certos termos são evitados como cancro e morte. Tais omissões podem reduzir a autonomia do doente e a sua capacidade em tomar decisões, de acordo com os seus valores. Por outro lado, alguns doentes podem não querer que membros da família conheçam a sua vulnerabilidade pois pode perturbar a hierarquia da família ou expor os parentes a tópicos sensíveis em que se podem sentir mal preparados para comunicar.

a.3) Comunicação não verbal

Muitas vezes, para amenizar a barreira linguísticas existente, os enfermeiros recorrem a estratégias de comunicação baseadas na improvisação e na inovação, com

recurso a expressões faciais, linguagem corporal, desenhos, imagens (Listerfeldt, Fridh & Lindahl, 2019).

b) Formação sobre diversidade cultural

Segundo Vilelas & Janeiro, (2012) e Castaneda-Guarderas, et al. (2016), o desenvolvimento da comunicação intercultural, teve início com a introdução da língua estrangeira e da língua gestual nos cursos de licenciatura, permitindo o desenvolvimento da capacidade de comunicação entre enfermeiros e doentes de outras nacionalidades. No entanto, a formação contínua relacionada com a diversidade cultural para enfermeiros e estudantes de enfermagem assume-se de relevo para o desenvolvimento de competências culturais.

b. a) Formação sobre diversidade cultural para enfermeiros

A competência cultural dos enfermeiros pode ser desenvolvida através de ações de formação sobre diversidade cultural, que lhes facilitam o aumento da sua consciência intercultural (Keer, Deschepper, Francke, Huyghens & Bilsen 2015; Castaneda-Guarderas, et al. 2016; Leclerc, Miquelon, & Rivard, 2019), por forma a desenvolverem a capacidade de reconhecimento e valorização das diferenças culturais em relação aos valores, crenças e costumes dos doentes (Leclerc, Miquelon, & Rivard, 2019).

Outros autores, dão ênfase à necessidade de implementação dos programas de treino em competência cultural nos hospitais, de forma a sensibilizar e aumentar a consciencialização dos enfermeiros perante as diferentes culturas dos doentes (Castaneda-Guarderas, et al., 2016; Coleman & Angosta, 2016; Listerfeldt, Fridh & Lindahl, 2019). Estes programas são recomendados para colmatar a barreira linguística existente entre os enfermeiros e os doentes culturalmente diversos ou suas famílias, que não conhecem a língua nativa do país em que se encontram (Dobrowolska, et al., 2020).

Sendo a barreira linguística um dos problemas mais enfrentados pelos doentes multiculturais à chegada aos serviços de saúde, Vilelas e Janeiro (2012) apontam para a implementação de formações em comunicação transcultural, introduzidas nos hospitais. Apesar de os enfermeiros não conseguirem dominar os vários idiomas após a realização destes cursos, ficam aptos a compreender alguns significados, tornando-se benéfico para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Além do aumento da competência cultural, Baratipor e Amini (2021) acrescenta que os cursos de competência cultural nos hospitais também servem para aumentar o nível

de inteligência cultural e a habilidade de comunicação intercultural dos enfermeiros, sendo considerado um dos fatores mais importantes e eficazes para estabelecer uma relação terapêutica com o doente multicultural e sua família.

Outra estratégia refere-se à capacidade de introspeção dos enfermeiros, já que é fundamental que os enfermeiros compreendam os seus próprios valores culturais, atitudes, crenças e práticas adquiridas com as próprias famílias e só após este processo, terão capacidade de aprender sobre os outros aspetos culturais, aceitar as diferentes crenças e práticas culturais (Vilelas & Janeiro, 2012). Como tal, Majda, Cupak, Puchala, e Barzykowski (2021) referem que os enfermeiros não necessitam de memorizar os diferentes costumes, crenças ou regras das diferentes culturas para prestarem cuidados culturalmente congruentes, destacando que a chave para desenvolver competência cultural e inteligência cultural passa por uma demonstração de respeito, sensibilidade, compostura, parciaria, honestidade, perspicácia, curiosidade, tolerancia e uma atitude positiva ao cuidar de doentes de outras culturas.

b. 2) Formação sobre diversidade cultural para estudantes de enfermagem

Os estudantes de enfermagem para desenvolverem competência cultural, devem ser expostos a ambientes culturalmente diversos, através de visitas de estudo, através da participação em programas de Erasmus que lhes permite aumentar a interação com as diferentes culturas (Listerfeldt, Fridh & Lindahl, 2019; Dobrowolska, et al., 2020; Wojnicka, et al., 2022).

Coleman e Angosta (2016) referem que os estudantes de enfermagem desenvolvem competência cultural através da frequência de cursos de competência cultural, enquanto Listerfeldt, Fridh e Lindahl (2019) afirmam que esta é desenvolvida através de cursos de e-learning disponibilizados na língua inglesa e/ou em outras línguas.

Os programas de treino em competência cultural são recomendados para colmatar a barreira linguística (Dobrowolska, et al., 2020; Kula, Cohen, Clempert, Cohen & Slobodin, 2021). Estes devem ser ministrados por profissionais de diversas origens e conter partilha de experiências do corpo docente e dos participantes (curtas metragens, gravações, palestras de especialistas em competência cultural e segmentos de entrevistas gravadas). Os programas podem incluir uma participação ativa, como a apresentação dos alunos, discussões na sala de aula e simulações. Esta partilha de experiências, além de promover atitudes sensíveis e empáticas entre os alunos aumentam a sua competência cultural (Kula, Cohen, Clempert, Cohen, & Slobodin, 2021).

Para Leclerc, Miquelon e Rivard (2019) o ganho da competência cultural advém dos programas de treino em segurança cultural, que inclui a observação e o estudo de casos práticos nas escolas de enfermagem, devendo estes cursos estar enraizados na prática dos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes multiculturais.

Além da competência cultural, Majda, Cupak, Puchala e Barzykowski (2021) enaltecem os estudantes com inteligência cultural, pois estas duas características consideram-se essenciais para a profissão de Enfermagem, permitindo tratar os doentes da mesma forma que nós queremos ser tratados em circunstâncias de medo e vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura tem um impacto significativo sobre cada um de nós, uma vez que nos define enquanto seres humanos, em termos da nossa identidade e na forma como nos relacionamos com o outro, é ela que define as nossas perceções quanto à saúde, ao bem-estar, a doença e a morte. Se a missão do enfermeiro é prestar cuidados de enfermagem individualizados e de forma holística, a cultura não pode ser ignorada.

Cuidar de doentes multiculturais, num contexto de cuidados intensivos, requer uma elevada competência cultural devido à complexidade e vulnerabilidade do doente, do envolvimento da família e das suas necessidades informacionais e devido a toda a essência do cuidar. Muitos dos doentes que recorrerem ao serviço de urgência, sentem que as suas necessidades não são compreendidas, podendo sentir racismo e julgamento profissional por parte dos profissionais de saúde.

As estratégias que contribuem para a melhoria do cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural, relacionam-se sobretudo com a prática dos cuidados com recurso à intérpretes/enfermeiros bilingues, à família, à amigos ou funcionários bilingues. Quando estes recursos não são disponibilizados, pode-se recorrer à comunicação não verbal. Uma outra estratégia que melhora o cuidado, é a existência de formação sobre diversidade cultural para enfermeiros através de: ações de formação, programas de treino e formações em comunicação transcultural; e para estudantes de enfermagem: através de visitas de estudo, programas de Erasmus, cursos de e-learning disponibilizados na língua inglesa e/ou em outras línguas e dos programas de treino em competência cultural, que são recomendados para colmatar a barreira linguística. Todas estas estratégias tornam-se

preponderantes para o desenvolvimento de competências culturais e para o cuidado ao doente crítico multicultural.

O aumento do número de doentes multiculturais nos serviços de cuidados críticos constitui um desafio para os enfermeiros, que pretendem prestar cuidados humanizados ajustados às necessidades culturais de cada doente.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no âmbito da enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, preconiza a realização de estágios em diferentes contextos da prática clínica, que oferecem oportunidades de aprendizagem para a concretização dos objetivos estabelecidos, de acordo com aquelas que estão devidamente regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg.nº.140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (Reg.nº. 429/2018).

Para este processo de desenvolvimento de competências contribuiu a minha experiência profissional, motivo pelo qual me foi creditado o estágio de “Vigilância e Decisão Clínica”. O percurso realizado em estágio foi concretizado ao longo de 360 horas de contacto, distribuídas por três contextos diferentes: Contexto Extra-Hospitalar, Bloco Operatório de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

Este capítulo pretende, através de uma metodologia descritiva e análise crítico-reflexiva, espelhar as situações mais relevantes, ocorridas ao longo dos estágios nos diferentes contextos da prática clínica, no âmbito da aquisição de competências especializadas, tendo em conta os objetivos previamente definidos.

Benner (2001) refere que a prática é um todo integrado e solicita que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência, contribuindo para o desenvolvimento da própria prática. Para tal, mobilizei conhecimentos teóricos, adquiridos durante o curso, conhecimentos teórico-práticos decorrentes da minha experiência profissional e pessoal, bem como estratégias implementadas que exigiram a sua aplicação de forma eficaz e eficiente na prática diária de enfermagem.

2.1 CREDITAÇÃO DO ESTÁGIO -VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Pela minha experiência profissional desenvolvida no contexto de hemodiálise, desde julho de 2018, foi-me atribuída creditação ao estágio - Vigilância e Decisão Clínica, no âmbito do artigo 45.º do Decreto- Lei nº74/2006 de 24 de Março e do Artigo nº5 do Despacho 0236/2016 - Reg. de Creditação da Universidade Católica Portuguesa.

Neste subcapítulo farei uma breve caracterização do contexto onde desenvolvi a minha atividade profissional e irei abordar as atividades desenvolvidas assim como as competências desenvolvidas no decorrer destes anos.

Em Portugal, o funcionamento das unidades privadas de diálise encontra-se regulado pela Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro. Devido a elevada especificidade e complexidade das intervenções de enfermagem e das técnicas dialíticas, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que as unidades atinjam pelo menos, 50% de enfermeiros com competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica ou da pessoa em situação crónica e paliativa (Melo, et al., 2016).

A clínica de hemodiálise (HD) foi o primeiro local onde desenvolvi a minha atividade em enfermagem, tendo inicialmente decorrido a tempo inteiro e posteriormente em tempo parcial. Estruturalmente, a clínica é constituída por duas salas com capacidade para, em simultâneo, serem dialisados 33 doentes, em 3 turnos diferentes, sendo que, diariamente são dialisados cerca de 85 a 90 doentes. Os doentes realizam tratamento durante 4 horas, três vezes por semana em dias alternados, sendo os seus horários fixos, no entanto podem ser alterados excecionalmente, de acordo com à necessidade do doente ou da clínica.

Quanto aos recursos humanos, em cada turno existem 6/7 enfermeiros distribuídos pelas duas salas de tratamento (dependendo do número de doentes programados para o dia). É preconizado que cada enfermeiro assuma 4/5 doentes durante o tratamento, conferindo assim um rácio de 1:4 ou 1:5, número que está de acordo com a norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República, nº 233 de 2 de dezembro de 2014, segundo o qual, o “número de enfermeiros por unidade de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas”. Recomenda-se desta forma a existência de no mínimo um enfermeiro por quatro postos de HD, devendo-se ressaltar o cálculo do número de enfermeiros para tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de Hepatite B, C e VIH (Melo, et al., 2016).

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia considera que a realização da técnica hemodialítica deve ser assegurada por uma dotação mínima de dois enfermeiros qualificados, recomendando-se um rácio de um enfermeiro/quatro doentes, não devendo exceder a relação de um enfermeiro/cinco doentes (Melo, et al., 2016).

Exercer funções neste contexto, possibilitou-me o desenvolvimento e o aperfeiçoamento progressivo de conhecimentos técnicos, científicos e de complexidade cada vez maior, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem ao doente com doença renal crónica em hemodiálise, melhorando a qualidade dos cuidados, assim como a segurança do doente.

Antes da entrada dos doentes para a sala de tratamento, preparamos os monitores de HD conforme o tipo de tratamento prescrito (HD/HDF) e realizamos a montagem destes com o circuito extra-corporal e com o dialisador correspondente, em seguida programamos os monitores, com os dados prescritos pelo médico. Assim que os monitores terminam a calibração, os doentes entram na sala de tratamento, onde em primeiro lugar é efetuada a pesagem destes. Muitas das vezes os conflitos surgem assim que o doente é confrontado com o peso “a mais” que traz, além do seu peso seco.

Toda a dimensão técnico-científica do cuidado em enfermagem permitiu-me desenvolver a capacidade de prestar cuidados atendendo aos valores, costumes e necessidades de cada doente, assim como estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação terapêutica. Foi-me também possibilitado desenvolver a capacidade de interpretação e resolução dos erros mais variados que possam surgir nos monitores de HD.

Os doentes quando em programa de diálise, convivem diariamente com o facto de serem portadores de uma doença crónica que os obriga a tratamentos dolorosos e de longa duração que leva a um grande impacto tanto na sua vida, como na dos seus familiares (Gulho, Lima, & Silva 2000). A alteração da sua auto-imagem provocada pela necessidade de instalação de uma via de acesso para a diálise, como a criação de uma fistula artério-venosa (FAV) ou a inserção de cateter de duplo lúmen, podem levar o doente a desenvolver sentimentos de depressão, raiva, rancor, revolta, culpa e uma procura constante da explicação para o aparecimento da doença (Mayer, Ubessi, Stumm, Kirchner & Barbosa, 2013). Todo o sofrimento que resulta deste processo de mudança, segundo Meleis conduz o individuo a um processo de transição, expondo-o a uma vulnerabilidade e a riscos que podem vir a afetar significativamente a sua saúde (Meleis, 2010).

Os doentes mais novos, necessitam de mais tempo para se consciencializarem das alterações diárias que a doença traz, e por isso é fundamental que nós enfermeiros que exercemos funções nestes contextos, estejamos despertos para todo o tipo de alterações que possam surgir no doente, estar em contacto direto com este e com a sua família devendo-se tornar imprescindível estabelecer e manter uma comunicação adequada de forma a compreendermos a experiência do doente no seu todo, a sua visão do mundo, o seu modo de pensar, sentir e agir, de forma a intervir o mais precocemente possível, ajudando-o a reequilibrar-se mais rapidamente, estabelecendo desta forma uma relação terapêutica (Gulho, Lima & Silva, 2000).

Ao longo do tempo que exerci funções na clínica de HD, desenvolvi um contacto e uma ligação afetiva a estes doentes que me permitiu ter consciência de parte dos problemas, limitações constantes da sua vida, qualidade de vida e da angústia que sentiam sempre que chegavam à clínica para o ritual de mais um tratamento. A relação terapêutica desenvolvida com o doente, permitiu melhorar a minha capacidade de observação, levando-me a ver com outros olhos algumas expressões verbais e não verbais do doente, que não poderiam ser entendidas caso não houvesse essa relação e caso não conhecesse o doente em quase todas as suas vertentes.

Gulho, Lima e Silva (2000) referem que a comunicação e a relação terapêutica quando interligados são uma mais-valia para o sucesso do tratamento dialítico. A relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente permite desenvolver confiança, tranquilidade e calma que previamente não existiam. Nestes casos, assim como na admissão de um novo doente na clínica, ao realizar a avaliação inicial, os doentes estão muito ansiosos, como medo e receio do que possa acontecer durante os tratamentos. Nestes casos em particular, explico previamente todo o percurso pela clínica, tento conhecer as suas necessidades, de forma a intervir e acalmar o doente, aumentando a sua confiança, conforto e bem estar humanizando todo este processo (Mayer, Ubessi, Stumm, Kirchner & Barbosa, 2013).

Quando no fim do tratamento, os doentes com brilho nos olhos referem que o tratamento correu assim como esperavam e não sentiram dor, o toque e o agradecimento, dá-me uma sensação de plenitude e felicidade, por conseguir ir ao encontro das suas necessidades. Os doentes crónicos de acordo com Batista e Martins (2016) gostam de ser tratados de forma humana, valorizam a entrega autêntica do enfermeiro, demonstrada pela disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação, capacidade de ouvir e conversar, palavras de esperança e pensamento positivo, apoio emocional, amor, carinho, boa disposição, simpatia, sorriso, capacidade de brincar, profissionalismo, controlo de sintomas e a

administração de medicação. Acrescentam ainda que os enfermeiros humanizam, esclarecem e ajudam a lidar com a doença.

Uma outra competência desenvolvida enquanto enfermeira de diálise, foi a capacidade de tomada de decisão, com base no pensamento crítico e no conhecimento teórico-científico adquirido. Esta competência potencializou-se através da resolução das intercorrências intradialíticas (hipotensões, hipoglicémias, náuseas, câibras musculares, mau estar geral, vômitos, PCR ou outro tipo de situações como a coagulação do circuito extra-corporal), situações geradoras de stress e ansiedade para a equipa.

A abordagem em caso de emergência, implica sermos muito rápidos na resolução do problema e esta resolução implica um trabalho de equipa, pois enquanto um dos enfermeiros coloca o doente em posição lateral de segurança, outro enfermeiro altera os parâmetros do monitor de HD suspendendo a ultrafiltração, administrando uma infusão rápida de fluidos.

Os cuidados de enfermagem são sempre articulados com os diferentes níveis de cuidados de saúde, seja com os lares onde os doentes vivem ou com os hospitais em caso de alteração do estado clínico e necessidade de internamento.

Outra intervenção de enfermagem interdependente que desempenho na clínica passa pela gestão do regime terapêutico, incentivar o doente a tomar a medicação intra dialítica, assim como incentivo a administração dos injetáveis de darbopoiatina na região abdominal em vez de no circuito extracorporal no momento da reinfusão do sangue.

Todas as intervenções de enfermagem que realizo na clínica são documentadas no sistema de informação, de forma a registar os dados do tratamento assim como as intercorrências que ocorreram, de forma a haver transmissão de informação aos restantes colegas.

Ao longo do meu percurso pela clínica de forma a aprimorar e aperfeiçoar os meus conhecimentos, participei em diversas formações disponibilizadas pela clínica de HD em suporte informático e presenciais.

2.2 ESTÁGIO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

O estágio correspondente ao contexto de urgência, que decorreu ao longo de 180h, foi realizado em dois locais diferentes, mas interligados entre si, de forma a extrair o máximo de conhecimento a partir deste momento de aprendizagem. O primeiro momento foi realizado ao longo de 90h o contexto extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e o segundo momento ocorreu também ao longo de

90h no bloco operatório de urgência do mesmo hospital central da área de Lisboa. Desmistificar o modo e as causas que levam os doentes à urgência e como chegam ao bloco operatório de urgência, foi uma mais-valia para a construção deste processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

2.2.1 ESTÁGIO EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

O estágio em contexto extra-hospitalar decorreu ao longo de 90h no contexto extra-hospitalar, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um hospital da área metropolitana de Lisboa. A enfermagem extra-hospitalar tem como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013). A escolha do local de estágio, prende-se com a necessidade de compreensão do funcionamento e da gestão dos meios de emergência médica extra-hospitalar.

A primeira equipa de emergência médica surgiu no séc. XVIII, tendo como principal prioridade a estabilização das vítimas no local e transporte para o hospital, através de ambulâncias volantes (INEM, 2013). Nos primórdios da emergência médica os dois modelos de ação que dominavam eram: O “Scoop and Run” de origem anglo-saxónica, e o “Stay and Play”, de origem franco-germânica. O primeiro baseava-se no transporte imediato das vítimas, após uma estabilização rápida para a unidade hospitalar, tendo dado origem ao conceito de “Golden Hour”, referente ao facto de as vítimas terem uma taxa de sobrevivência maior quando assistidas na primeira hora.

O modelo que domina atualmente, advém da junção destes dois modelos, designando-se de “Scoop and Treat”, baseando-se na chegada rápida da equipa de emergência ao local e início rápido do transporte, procedendo-se ao início do tratamento já durante o transporte (Neves, 2020).

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são centros de Emergência Médica, responsáveis pelo atendimento das chamadas provenientes do número de emergência (112), procedem à triagem e avaliação dos pedidos de socorro no menor tempo possível, obedecendo ao fluxograma protocolado pelo INEM, de forma a determinar e atribuir os recursos a ativar para o auxílio adequado das vítimas (INEM, 2013). Consoante a avaliação resultante da triagem, são determinados os meios necessários de apoio à vítima, que podem ir desde um simples aconselhamento até à ativação dos meios mais especializados, nomeadamente a VMER ou até um helicóptero, dependendo da gravidade, da proximidade e acessibilidade do local da ocorrência.

Em Portugal, a entidade responsável pela gestão da emergência médica pré-hospitalar é o INEM, sendo parte integrante e coordenadora do Sistema Integrado de Emergência Médica - SIEM, que gere toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o socorro pré-hospitalar, o transporte e a receção hospitalar (Neves, 2020).

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente. Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro e dispõe de equipamento para o suporte avançado de vida em situações do foro médico ou traumatológico. Estas equipas atuam na dependência direta do CODU. As VMERs têm uma base hospitalar, estando sempre localizadas num hospital. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, funcionando como uma extensão do serviço de urgência à comunidade (INEM, 2013). Em relação aos recursos humanos das equipas que exercem funções na VMER, existe um conjunto de enfermeiros que realizam turnos por disponibilidades, em horário rotativo Manhã/Tarde/Noite, sendo o horário realizado por um enfermeiro coordenador.

De acordo com o Reg.n.º 226/2018 de 16 de Abril 2018, emergência extra-hospitalar é definida pela prestação e gestão dos cuidados através do desenvolvimento de um processo de cuidados de enfermagem de elevada perícia, em situações de urgência, emergência, crise ou catástrofe em ambiente extra - hospitalar, num contexto de atuação multiprofissional, de forma a promover e garantir um atendimento de qualidade, integral e oportuno.

Como forma de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica contexto de Pessoa em Situação Crítica definidas pelo Reg.n.º 429/2018 de Julho de 2018, defini como objetivo geral a concretizar ao longo do estágio: ***Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, e relacionais para o cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao doente em Situação Crítica.*** O objetivo específico definido para este contexto foi: ***Desenvolver competências para o cuidado especializado ao doente/família em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar.***

De forma a concretizar este objetivo em primeiro lugar tive de me integrar e adaptar às dinâmicas de trabalho das diversas equipas da VMER. Foi-me atribuída uma enfermeira orientadora, especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de

enfermagem à pessoa em situação crítica, mas por impossibilidade do serviço não foi possível realizar todos os turnos com a mesma, pelo que tive a oportunidade de realizar turnos com outros enfermeiros também especialistas nesta área de especialização. Para assimilar o máximo de conhecimentos desta experiência, estabeleci sempre uma comunicação eficaz com os diversos elementos da equipa, e questionei sempre quando algo suscitava dúvidas.

No primeiro dia de estágio consultei as normas e protocolos internos disponibilizados na base hospitalar, de forma a conhecer o suporte legal que sustenta as atividades da equipa que exerce funções na VMER. Foi-me apresentada a viatura com todo o seu equipamento: ventilador, monitor/desfibrilhador, dispositivo mecânico de compressões torácicas, mala médica, mala de via aérea, mala de trauma e mala pediátrica. Realizei pesquisa bibliográfica acerca da abordagem ao doente crítico na emergência extra-hospitalar e consultei os diversos algoritmos disponibilizados pela VMER: Algoritmo de administração de Ácido Tranexâmico, Algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) e Algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Ao longo do estágio houve diversas situações que me permitiram concretizar o objetivo específico acima definido, começando pela participação e colaboração na abordagem ao doente em estado crítico.

Num dos turnos realizados, estávamos na base hospitalar quando o intercomunicador e o computador começaram a tocar, tínhamos recebido o código – Paragem Cárdio Respiratória (PCR) em homem de 63A. Imediatamente abandonámos a base e o enfermeiro assumiu a condução da viatura para o local indicado pelo CODU. À nossa chegada ao local, levámos a mala da via aérea, a mala médica com toda a terapêutica medicamentosa, o monitor, o ventilador e o dispositivo mecânico de compressões torácicas - *Lucas*. Subimos para o terceiro piso do prédio onde o doente se encontrava deitado no chão do quarto com o Desfibrilhador Automático Externo (DAE) colocado, em manobras de SBV realizado pela equipa de uma ambulância de suporte imediato de vida (SIV), que tinha presenciado a PCR, tendo chamado ajuda diferenciada. A ambulância SIV tinha sido chamada por cefaleias intensas e mau estar generalizado que progrediu para uma PCR presenciada. Os únicos antecedentes pessoais conhecidos do doente era a existência de uma malformação arteriovenosa cerebral e estava a ser seguido numa unidade hospitalar. Realizámos a avaliação do doente pela metodologia ABCDE, que para além de permitir uma rápida deteção dos focos de instabilidade, permitiu priorizar os cuidados e antecipar as possíveis complicações que pudessem colocar o

doente em risco de vida (INEM, 2012). A utilização desta metodologia permitiu-me também organizar e sistematizar o pensamento, realizar uma abordagem ao doente de forma organizada seguindo uma linha orientadora.

Monitorizámos o doente com o nosso monitor, conectando-o às pás multifunções e colocamos os eléctrodos para a realização de Eletrocardiograma - ECG 12 derivações. Avaliámos o ritmo cardíaco e verificámos que se encontrava com atividade elétrica sem pulso, pelo que administrei 1mg de Adrenalina por indicação médica, e outro elemento da equipa retomou as manobras de compressão, enquanto eu preparava o material para a entubação oro-traqueal.¹ Poucos segundos depois, o doente apresentou retorno espontâneo circulatório, com traçado cardíaco compatível com ritmo sinusal com presença de pulso². Foi sedo analgesiado com cetamina e propofol, foi entubado e conectado ao ventilador. O ECG de 12 derivações realizado no local não apresentava alterações a nível eletrofisiológico.

O médico contactou o CODU para saber se o hospital da área tinha vaga para receber o doente e após indicação, preparamos o doente para transporte. Estávamos num terceiro andar pelo que foi necessário realizar um pedido de ajuda para a extração do doente do prédio. Após a chegada ao local da equipa de bombeiros, foi decidido em equipa colocar o doente em plano duro para facilitar o transporte. Colaborei com os restantes elementos na colocação do doente em plano duro, na sua fixação com fitas de imobilização e na fixação do equipamento de monitorização assim como das perfusões. Toda a imobilização do doente e dos dispositivos é fundamental para a prevenção de acidentes com o doente e os profissionais que o transportam³. Antes do início do transporte, efetuei uma nova avaliação do doente, segundo a metodologia ABCDE, verifiquei a permeabilidade do tubo orotraqueal, dos prolongamentos das seringas perfusoras e dos fios do ECG. Coloquei o acesso vascular de forma acessível, para ser efetuada medicação em caso de necessidade durante o transporte. Após garantir as condições de segurança, foi iniciado o transporte. Assim que chegamos ao piso 0, levámos o doente para a ambulância onde realizei uma nova abordagem ABCDE, sendo verificados os pontos acima referidos.

¹ “1.1 -Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” – Reg. nº 424/2018.

² “1.1.4- Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma” - Reg. nº 424/2018.

³ “2.1.5- Assegura meios de evacuação e transporte”- Reg. nº 424/2018.

O transporte de doentes urgentes e emergentes ao nível pré-hospitalar realiza-se, tendo em conta a Portaria nº260/2014, de 15 de Dezembro, na dependência direta do CODU do INEM, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica.

Após a estabilização do doente, foi iniciado o transporte para a instituição recetora. Momentos antes de partir, dirigiu-se à ambulância um familiar do doente, que queria perceber o que se tinha passado e para onde iríamos levar o doente. Após o médico ter explicado o que tinha acontecido, juntamente com a enfermeira orientadora reforçámos o nome da instituição para onde iríamos levar o doente, e apesar de estarmos numa situação em que o tempo é muito precioso, expliquei calmamente ao familiar que o doente tinha recuperado de uma PCR e iria ser transportado para o hospital, onde iria realizar todos os exames necessários e onde seria possível realizar uma visita. Nestas situações que são um choque para a família, Cruz, Gomes, Barreto e Marcon (2019) referem que os familiares muitas das vezes não conseguem reter a informação, pois estão nervosos e ansiosos com o estado do doente, pelo que, cabe a nós enfermeiros verificar a capacidade que o doente ou familiar tem para lidar com a informação que vai receber e em função disso devemos dosear o fornecimento da informação. A transmissão da informação, deve ser feita com verdade, mas não deve obedecer a uma verdade absoluta, mas sim a «verdade e justiça», como se afirma como valor na alínea c) do número 2 do Artigo 78.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim que chegámos ao hospital uma equipa de enfermeiros e de médicos estavam à nossa espera. Transferimos o doente da maca para a cama. Procedi ao handover transmitindo as informações relevantes do doente ao enfermeiro responsável⁴, assim como o médico transmitiu as informações aos médicos neurologistas. O serviço de urgência tem particularidades que dificultam o processo de comunicação e pode ficar comprometido devido ao ambiente vulnerável, às interrupções constantes, às multitarefas dos profissionais e ao facto de se estar perante um doente em risco de vida. Torna-se assim fundamental a existência de um handover minucioso, de forma a melhorar a qualidade e a segurança do doente dentro do sistema de saúde (Lopes, Marques & Sousa, 2021).

O enfermeiro que exerce funções neste contexto, segundo a OE, “garante o acompanhamento, a monitorização e a vigilância, da pessoa em situação de emergência extra-hospitalar, desde o local da ocorrência até a unidade de saúde de referência,

⁴ “2.1.6 – Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnico disponíveis”- Reg. nº 424/2018.

assegurando a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem”, bem como “seleciona a informação pertinente e antecipa a sua transferência, à unidade de destino, otimizando a continuidade de cuidados” (Reg.nº 226/2018, p.10762).

Toda esta situação foi extremamente enriquecedora a nível da minha formação quanto futura enfermeira especialista, pois nunca em algum momento tinha vivenciado situações em contexto extra hospitalar⁵. Adquiri conhecimentos práticos, que seria impossível adquirir em outro contexto de cuidados⁶. Os enfermeiros que exercem funções neste contexto são profissionais de saúde diferenciados nos meios de emergência pré-hospitalar e permitem que a assistência seja, além de precoce, mais ajustada às necessidades existentes, o que, naturalmente permite otimizar a assistência global de todo o Serviço de Saúde (Tavares, 2012)⁷.

No final da situação vivenciada, ao refletir sobre o acontecimento, conclui que todo o trabalho de equipa desenvolvido desencadeou uma resposta positiva face ao funcionamento da cadeia de sobrevivência⁸.

A cadeia de sobrevivência envolve a sequência de quatro elos de sobrevivência, fundamentais para salvar uma vida: 1- Reconhecimento precoce e pedido de ajuda (112)- os serviços de emergência devem ser chamados de imediato, sempre que há suspeita de PCR, de enfarte agudo do miocárdio ou de instabilidade hemodinâmica; 2- Início precoce de SBV- em PCR deve ser iniciado de imediato o SBV, que poderá duplicar as hipóteses de sobrevivência do doente; 3- Desfibrilhação precoce - muitas das vezes a PCR tem como base uma fibrilhação ventricular (FV), em que o único tratamento é a administração do choque elétrico (desfibrilhação) – se o SBV não for iniciado o mais precocemente possível, o sucesso da desfibrilhação decresce entre 7-10% por minuto; 4- Cuidados pós reanimação - o doente pode aumentar a probabilidade de sobrevivência com boa qualidade de vida – os resultados podem ser melhorados ao garantir a oxigenação e a perfusão dos órgãos e evitar e cuidar das complicações (INEM, 2013).

Outra situação promotora de conhecimentos vivenciada ao longo do estágio, foi a ativação do código: Trauma após queda em homem de 87A. Rapidamente chegámos ao local em que o doente tinha caído de um lance de aproximadamente 20 escadas da qual

⁵ “2.3.3- Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção” - Reg. nº 424/2018.

⁶ “2.4- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe”- Reg. nº 424/2018.

⁷ “2.4.3 – Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe”- Reg. nº 424/2018.

⁸ “2.4.6 – Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe”- Reg. nº 424/2018.

resultou uma lesão contusa da região frontal da cabeça. Avaliamos o doente utilizando a metodologia “XABCDE”. Em situações de trauma a avaliação do doente é sempre realizada com controlo de hemorragia em primeiro lugar, correspondendo ao item “X” - controlo da hemorragia externa/exsanguinante, e imediatamente após, são avaliados os restantes itens: ABCDE. Na prática, enquanto controlamos uma hemorragia, verificamos a permeabilidade da via aérea e verificamos o estado hemodinâmico do doente, todos os itens são avaliados em simultâneo (Farias & Rosenstock, 2020).

A lesão provocada pela queda sangrava em quantidade moderada e o doente apresentava uma linguagem incompreensível, sugestivo de disartria. Após controlar a hemorragia em conjunto com a enfermeira orientadora, monitorizei-o com o monitor multiparamétrico, apresentando-se hemodinamicamente estável. Colocámo-lo numa cadeira de rodas e foi transportado para a ambulância dos bombeiros, onde em colaboração com o médico foi realizada novamente uma abordagem XABCDE⁹. O doente estava confuso, agitado, discurso incompreensível, puncionei um acesso venoso para administração de soroterapia, medicação analgésica e também foi administrado ácido tranexâmico segundo protocolo hospitalar, por indicação médica, de forma a reduzir a probabilidade de hemorragia. O transporte decorreu sem intercorrências.

As quedas nos idosos acontecem com maior frequência, devido às alterações na mobilidade, no equilíbrio, na visão e por norma são agravadas pelo uso de medicamentos como os anticoagulantes que aumentam o risco de hemorragia (Farias & Rosenstock, 2020).

Quando chegámos à urgência do hospital da área de referência, a filha do doente encontrava-se à nossa espera. Após o médico ter dado informações sobre o estado clínico do doente, dirigi-me à filha que estava a chorar, muito preocupada com o estado de saúde do seu pai, comuniquei calmamente com ela, expliquei-lhe o percurso que o doente iria fazer pelo hospital e tentei saber quais eram as preocupações desta, intervindo de forma a minimizar o seu sofrimento¹⁰. O surgimento de uma situação de urgência/emergência pode conduzir ao aparecimento de problemas emocionais e psicológicos, não só para o doente em situação crítica, mas também para a sua família (Tavares, 2012). De acordo com o Artigo 105º do Código Deontológico, relativamente aos cuidados de enfermagem, o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e família fornecendo as informações

⁹ “2.3.5- Sistematiza as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe”- Reg. nº 424/2018.

¹⁰ “1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica/doença e/ou falência orgânica”- Reg. nº 424/2018.

necessárias, de forma a respeitar e promover o direito ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de explicação (OE, 2015). A intervenção do enfermeiro no meio extra-hospitalar inclui: a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais; o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário ou secundário da vítima, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem que se exigem para a manutenção das funções vitais durante o transporte, a informação e o acompanhamento do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Esta experiência permitiu aprimorar conhecimentos teóricos através da aplicação prática, permitiu o contacto com variadas situações de emergência médica pré-hospitalar, nomeadamente observar, participar e aprender como lidar com contextos complicados tanto do ponto de vista físico como do ponto de vista emocional, o que contribuiu indubitavelmente para o meu crescimento enquanto profissional de saúde¹¹.

Uma outra situação vivenciada que contribuiu para a concretização do objetivo delineado, foi a ativação para uma situação de PCR presenciada em doente de 88 anos. À nossa chegada ao local, a doente estava deitada no chão, apresentava palidez cutânea, pele marmoreada e extremidades frias. Realizámos monitorização de emergência, pelo que o traçado cardíaco era compatível com assistolia. Não foram iniciadas manobras de suporte, pois a doente estava sem sinais de vida. Em casa estava uma cuidadora que imediatamente ligou para a família, e rapidamente a filha e o neto chegaram ao local.

Antes da transmissão da má notícia, preparámo-nos todos emocionalmente para a conversa, levámos a família para um local mais calmo da casa, longe de outras pessoas e de outras distrações. A médica foi clara na transmissão da notícia, referindo por curtas palavras que infelizmente a sua mãe tinha falecido, sem deixar dúvidas ou provocar falsas esperanças. Enquanto a médica transmitia a má notícia, eu que estava ao lado, mostrava empatia, compaixão e disponibilidade para ouvir todas as emoções expressas pela família. A filha enquanto chorava, referia que compreendia que o estado de saúde da mãe estava mais debilitado e que no seu subconsciente já esperava este desfecho¹².

¹¹ “2-Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”- Reg. nº 424/2018.

¹² “1.6.2 - Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto”- Reg. nº 424/2018.

A abordagem e forma como comunicamos a má notícia é uma situação única para cada um, devendo ser adaptada às necessidades e circunstâncias individuais. Para mim, dar a notícia da morte de um ente querido, é a tarefa mais difícil e delicada que um profissional de saúde pode enfrentar, e para que a transmissão da má notícia não trouxesse mais impacto negativo à família, em conjunto com a médica e enfermeiro orientador decidimos seguir o protocolo de Buckman¹³, tendo cumpridos todos os passos estipulados (Buckman, 1992).

A comunicação desta má notícia alterou toda a dinâmica daquela família. A má notícia é definida por Fontes, Menezes, Borgato & Luiz (2017, p.1149) como sendo “qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada com o doente e transmitida a ele ou ao seu cuidador ou a sua família que envolva mudança drástica na perspectiva de futuro e/ou prognóstico de saúde.”

Todas estas situações vivenciadas foram propícias ao desenvolvimento da capacidade de prestar cuidados ao doente em situação emergente, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e também, constituiu uma situação que me permitiu adquirir competências que mobilizei para os estágios seguintes: Bloco Operatório de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

2.2.2 ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA

O Bloco Operatório constitui uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais, vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006).

O estágio decorreu ao longo de 90h no bloco operatório central de um hospital metropolitano da área de Lisboa.

O serviço, quanto à estrutura física, é constituído por uma área de acolhimento e seis salas operatórias, todas com o equipamento necessário para procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Após o procedimento cirúrgico o doente é encaminhado para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos ou para a unidade de cuidados intensivos, dependendo das necessidades do doente no período pós operatório. Para as seis salas operatórias existem duas zonas de desinfeção, onde se procede à lavagem pré cirúrgica das mãos. Existem três armazéns, um com instrumental cirúrgico, vindo da central de

¹³ “1.4.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante à pessoa, família/cuidador em situação crítica”- Reg. nº 424/2018.

esterilização, outro com instrumental e material implantável da ortotraumatologia e o terceiro com dispositivos médicos de uso único. Existe uma farmácia com toda a terapêutica utilizada no BO e material para abordagem da via aérea. Existe uma sala de descontaminação destinada a limpeza dos materiais cirúrgicos de uso múltiplo e uma zona de sujos, reservada para os resíduos. Existem ainda os vestiários feminino e masculino, com entrada direta para o bloco operatório.

A circulação do doente no BO é unidirecional e realizada segundo o circuito de entrada e saída do doente, pois na organização de todos os BO's, é fundamental a definição de circuito de doentes, profissionais e materiais, para a implementação do princípio da assepsia progressiva, sendo uma metodologia importante para o controlo de infeção. A circulação dos doentes e dos materiais realiza-se da zona menos limpa para a zona mais limpa, e a circulação do ar realiza-se da zona mais limpa, para a zona menos limpa (Duarte & Martins, 2014).

Tratando-se de um hospital central, constitui uma referência na abordagem ao doente em situação crítica, sobretudo do foro ortotraumatológico. Este BO conta com as mais diversas especialidades, desde a Cirurgia Plástica Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Urologia, Cirurgia Geral, Ortopneumatologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Vertebro-Medular. O BO está em constante articulação com o serviço de patologia clínica, serviço de imunohemoterapia, com o serviço de radiologia e com a anatomia patológica.

Quanto aos recursos humanos do serviço, a equipa é constituída por cerca de 80 enfermeiros, entre os quais, uma enfermeira gestora e três enfermeiros responsáveis pelo apoio à gestão. Existe uma equipa fixa composta por 25 enfermeiros e 5 equipas de urgência, com 10/11 elementos, que exercem funções em horário rotativo (Manhã/Tarde/Noite). A distribuição dos enfermeiros pelas salas operatórias (SO) é realizada no dia anterior pela enfermeira coordenadora.

As áreas de atuação dos enfermeiros no BO passa pela consulta peri-operatória, acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. As áreas de atuação são complementares entre si, de forma a serem prestados cuidados integrados à pessoa e à família. A AESOP (2006) tal como a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Reg. nº 533/2014 de 2 de Dezembro 2014), defendem que são necessários três enfermeiros por SO.

Além das cirurgias eletivas e das cirurgias urgentes, podem decorrer cirurgias de programa adicional, programa criado com o propósito de combater as listas de espera para

a cirurgia. Os enfermeiros que asseguram o funcionamento destas cirurgias, estão previamente inscritos para participarem na cirurgia.

Como forma de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica definidas pelo Reg. n.º 429/2018 defini como objetivo geral: ***Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, e relacionais para o cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao doente em Situação Crítica.*** Quanto aos objetivos específicos, foram definidos: ***1) Desenvolver competências para o cuidado especializado ao doente em situação crítica submetido a cirurgia urgente; e 2) Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao doente crítico, no contexto de bloco operatório de urgência.***

Para a concretização do primeiro objetivo específico comecei por integrar a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, assim como a dinâmica organizacional e funcional do BO, estabeleci uma comunicação eficaz com os diversos elementos da equipa e com o suporte do enfermeiro orientador pesquisei e consultei as diversas normas e procedimentos da instituição, de forma a amplificar os meus conhecimentos teórico-científicos.

Num dos turnos do estágio, surgiu a oportunidade de assistir a uma colheita de órgãos. Tratava-se de um dador de 62 anos, que tinha sofrido um traumatismo crânio-encefálico grave por queda da própria altura. Estava internado na Unidade de Neurocríticos e durante o período da manhã verificou-se um agravamento irreversível do estado neurológico, culminando com a morte cerebral. Nesse sentido, procedeu-se às provas de morte cerebral, certificando-se a mesma, e foi proposto para dador de órgãos, e validados os critérios de doação. Iria proceder-se à colheita de fígado, rins e córneas.

No momento que soube que iria assistir a uma colheita de órgãos, fiquei entusiasmada e o meu primeiro pensamento recaiu sobre os doentes hemodialisados. O facto de exercer funções numa clínica de diálise permitiu o contacto e uma ligação afetiva a estes doentes. Este contacto e ligação permitiu-me a consciência de parte dos problemas e limitações constantes da sua vida, qualidade de vida e da angústia que sentiam sempre que chegavam à clínica para mais um tratamento. Fiquei contente por saber que alguém teria a oportunidade de viver uma vida com mais qualidade, que iria receber um órgão vital à sua sobrevivência, mesmo que esta oportunidade tenha surgido do fim de uma outra vida.

Entrei na sala operatória e o procedimento já tinha iniciado, estavam seis elementos da equipa multidisciplinar na sala: o anestesista e o enfermeiro de apoio à anestesia, o cirurgião principal, o cirurgião ajudante, a enfermeira instrumentista e o enfermeiro circulante. Tratando-se de uma colheita de órgãos esperava que o ambiente da sala fosse mais calmo e sereno pois o intuito era “apenas recolher os órgãos do dador”, mas rapidamente percebi que existe uma grande intervenção da parte do anestesista e do enfermeiro de anestesia de forma a assegurar a manutenção dos parâmetros ventilatórios e um adequado suporte aminérgico, a fim de manter uma estabilidade hemodinâmica que possibilite a viabilidade dos órgãos para posterior colheita. Realizada a colheita, o anestesista desligou o ventilador, e nesse momento senti um pequeno arrepio, pois apesar de saber que a hora do óbito já estava declarada, olhei involuntariamente para o relógio, como se estivesse a ver a hora da morte. Este momento vivenciado foi único, pois ao mesmo tempo que no monitor multiparamétrico aparecia um ritmo correspondente a uma fibrilhação ventricular, tive a oportunidade de ver o coração do dador a fibrilhar de forma cada vez mais desorganizada, seguindo-se a paragem cardíaca.

Todo este processo, desde a identificação do potencial dador, a sua eficaz manutenção e uma colheita de sucesso são indicadores de qualidade que resultam numa mais-valia para a esperança de vida de uma outra pessoa.

Atendendo à pouca experiência profissional nesta área tão diferenciada, procurei observar e compreender com o máximo de pormenor a atuação da equipa de enfermagem, fundamentando o sucedido com a evidência científica disponível e para intensificar ainda mais este momento, elaborei ao longo do estágio uma reflexão crítica, que me permitiu organizar o pensamento e analisar cada uma das fases de forma estruturada, dando num todo, corpo e consistência à situação vivenciada.

Uma outra situação vivenciada no estágio, promotora de conhecimentos teóricos e práticos, foi a chegada ao bloco operatório de um doente, o Sr. P., com rutura do aneurisma da aorta abdominal, vindo do serviço de urgência.

Eu e a minha enfermeira orientadora estávamos responsáveis pela função de enfermeiro de apoio à anestesia. Preparei o material necessário para a indução anestésica, para a colocação de linha arterial (LA) e do cateter venoso central (CVC) de acordo com a informação transmitida pelos médicos anestesistas¹⁴.

¹⁴ “1.1.2 -Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”- Reg. nº 424/2018.

Assim que o doente entrou na sala operatória, realizei uma avaliação pela metodologia ABCDE, verifiquei em primeiro lugar a permeabilidade da via aérea e este respondia a ordens simples, seguido da respiração com avaliação da frequência respiratória e saturação de oxigénio. Posteriormente passei para o item C, monitorizei-o com o monitor multiparamétrico – apresentava-se hipotenso e taquicárdico, e na avaliação do item E, removeu-se a roupa do doente, observando-se membros inferiores marmoreados, com hipoperfusão periférica e com um tempo de preenchimento capilar superior a dois minutos¹⁵.

Após estabilização do estado hemodinâmico, foi submetido a uma anestesia geral balanceada de sequência rápida, foi entubado orotraquealmente e conectado ao ventilador¹⁶. Colaborei com a equipa de anestesiológicas na colocação da LA e do CVC. Após a realização da gasimetria arterial (GSA), o anestesista contactou de imediato o laboratório de sangue, para reservar vários componentes sanguíneos, devido ao baixo valor de hemoglobina e por serem previstas perdas sanguínea em grande quantidade. Face a esta situação, com o apoio da enfermeira orientadora efetuei a montagem do circuito da máquina de cellsaver, de acordo com a prescrição médica. Estes sistemas permitem a recuperação intraoperatória de sangue, constituindo uma modalidade de transfusão autóloga usada por rotina em algumas áreas da prática, como doentes adultos em que se prevejam perdas sanguíneas superiores a 20% do volume sanguíneo (OE, 2013).

A intervenção cirúrgica decorreu ao longo de 4 horas, em que foram administrados vários componentes sanguíneos: concentrado de eritrócitos, fibrinogénio, plasma e ainda a autotransfusão do sangue produzido na máquina de cellsaver. Uma especificidade deste procedimento cirúrgico, é que este decorre com a aorta clampada sendo que após a colocação da prótese, é verificado o seu funcionamento.

O momento da desclampagem da aorta, é um momento crítico, pois a remoção do clampe força a passagem do sangue pela prótese, levando a uma queda brusca da tensão arterial (TA), pela redistribuição do volume sanguíneo pelos membros inferiores, momento que carece da atenção redobrada de toda a equipa multidisciplinar (Vasconcelos, et al., 2022).

Este momento foi vivenciado com muita preocupação e vigilância constante por parte da equipa, especialmente por nós que estávamos responsáveis pela parte da

¹⁵ “1.1.1 -Identifica prontamente focos de instabilidade”- Reg. nº 424/2018.

¹⁶ “1.3.5 – Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia”- Reg. nº 424/2018.

anestesia, mas estando o doente sob suporte aminérgico, o momento da desclampagem decorreu sem grandes oscilações hemodinâmicas. A reperfusão dos membros inferiores foi bem evidente e ao palpar o pulso pedioso, senti-o muito mais forte, face ao momento da chegada do doente ao BO. Após o término da intervenção cirúrgica, o doente foi transferido para a UCI.

Ao refletir sobre as situações de emergência que experienciei durante a prestação de cuidados no BO, uma das características que ressalta é a necessidade de responder de forma rápida, precisa e segura. Uma característica particular deste BO, é o facto de ser um bloco de urgência, sendo necessário estarmos preparados para mudanças rápidas e inesperadas. Vargas (2010) refere que o tempo de reação nas situações de emergência é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e eficiente. Quanto à minha atuação como enfermeira de apoio à anestesia, dei sempre continuidade ao plano de ação da enfermagem, de acordo com as necessidades do doente e prescrição médica, colaborei com o médico anestesista em todos os procedimentos de manutenção de anestesia e mantive sempre uma vigilância intensiva para o despiste de situações de emergência, através da interpretação dos dispositivos de monitorização¹⁷.

A situação descrita foi fundamental para o meu crescimento pessoal, profissional, como futura enfermeira especialista e para a consolidação do conhecimento teórico que carece de uma prática efetivada.

Ainda, ao longo do estágio tive oportunidade de realizar o acolhimento de vários doentes. Considero este primeiro contacto, crucial para a pessoa que vai ser submetida à cirurgia. Procurei esclarecer sempre o doente acerca dos procedimentos a que iria ser submetido dentro da minha esfera de cuidados, tentei sempre estabelecer uma relação de ajuda e de confiança de forma a reduzir o medo, a angústia e a ansiedade sentidas¹⁸. Através destas intervenções pretendi sempre garantir a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família e satisfazer as necessidades dos doentes, tendo em vista a humanização dos cuidados no bloco operatório¹⁹.

O segundo objetivo específico delineado para o estágio: ***Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem ao doente crítico, no contexto de bloco operatório de urgência.*** Diversas situações decorridas ao longo do estágio

¹⁷ “1.2.2 -Implementa resposta de enfermagem adequadas às complicações” - Reg. nº 424/2018.

¹⁸ “1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” -Reg. nº 424/2018.

¹⁹ “1.6.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

possibilitaram a concretização deste objetivo. O estágio decorreu num hospital da capital, onde existe uma grande afluência de cidadãos estrangeiros no serviço de urgência, pelo que esta afluência reflete-se na prestação de cuidados de enfermagem no BO. A admissão do doente multicultural no BO é muitas vezes difícil, devido à barreira linguística existente entre o doente e o enfermeiro, dificultando o estabelecimento da relação terapêutica. No início de um dos turnos eu e a enfermeira orientadora ficámos distribuídas na SO na função de enfermeiro de apoio à anestesia. Dirigimo-nos à sala de transfer para realizar o acolhimento de um doente, que tinha chegado do internamento. Era um homem de nacionalidade ucraniana que tinha sido proposto a uma redução e osteossíntese do radio distal, mas como o tempo operatório do período da manhã tinha prolongado, a sua cirurgia ficou agendada para o turno da tarde. O doente vivia em Portugal há dois anos, disse que percebia o que lhe era dito, mas não sabia falar muito bem a língua. Expliquei-lhe o circuito que iria fazer pelo BO, e após o preenchimento da folha de acolhimento levámo-lo para a sala operatória. Na SO demos início à monitorização e segundos antes do início da indução anestésica, uma médica anestesista entrou na sala e num elevado tom de voz referiu que tínhamos de retirar o doente da sala pois estava um doente com rutura do aneurisma da aorta no serviço de urgência, com necessidade de intervenção emergente. Explicámos ao doente que tínhamos de o retirar, pois havia um doente com necessidade emergente de cirurgia e não tínhamos recursos humanos para manter o funcionamento de três salas operatórias, pois uma das salas já estava em funcionamento. O doente pareceu ter ficado confuso, mas acenou com a cabeça em tom de aceitação. Não me consegui certificar se compreendeu o que estava a acontecer, pois todo o minuto era valioso. Fiquei constrangida por estar naquela posição, pois os doentes enquanto aguardam intervenções cirúrgicas, por se encontrarem em contextos desconhecidos e incertos experienciam diversos sentimentos entre medo, ansiedade, insegurança, receio da anestesia e além de mais havia a coadjuvante da barreira linguística (Costa, Silva & Lima, 2010). Deixei o doente na zona de transfer e rapidamente me dirigi a sala onde se iria realizar a reconstrução da rutura do aneurisma.

Durante o estágio sensibilizei a equipa multidisciplinar em várias situações, de forma informal para a importância da diversidade cultural existente nos doentes cirúrgicos, e para as situações em que a barreira linguística é uma limitação ao estabelecimento de uma comunicação eficaz entre o doente e o profissional de saúde²⁰.

²⁰ 1.4.2 –“Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” - Reg. nº 424/2018.

Nestas situações o doente está ansioso, com medo e na maior parte das vezes não sabe o que vai acontecer no BO. De forma a colmatar esta problemática e tornar o processo cirúrgico do doente mais acolhedor e informativo, desenvolvi um folheto de acolhimento ao doente no BO, traduzido para várias línguas: Inglesa, Francesa, Alemã, Nepalesa, Indiana (Idioma Panjabi e Hindu), Ucrainiana e Russa (Apêndice III).

O objetivo do folheto é que este seja entregue ao doente com baixa proficiência na língua portuguesa no momento do acolhimento no BO, de forma a transmitir informação pertinente sobre a sua viagem pelo BO.

Uma outra situação vivenciada no BO foi a situação do Sr. B que foi admitido na zona de acolhimento com fratura diafisária do úmero, sendo proposto para uma redução e osteossíntese da mesma, com placa e parafusos. À entrada da SO, o doente apresentava uma temperatura timpânica de 35°C, tendo sido colocado de imediato aquecimento por fluxo de ar a uma temperatura de 40°C. Ao longo do procedimento cirúrgico a temperatura continuava a diminuir tendo chegado aos 33,8°C. Após partilha de ideias com a enfermeira orientadora decidi colocar um termómetro esofágico com monitorização da temperatura no monitor multiparamétrico. Coloquei a temperatura do aquecedor externo no máximo, nos 44°C, coloquei o aquecedor de fluidos e assim que foi possibilitado pela técnica cirúrgica coloquei lençóis quentes sobre o doente de forma a potenciar o seu aquecimento, que aos poucos e poucos estava a aumentar. A manutenção da normotermia >35,5°C no período peri-operatório faz parte de um dos 5 feixes de intervenção da norma 020/2015 da DGS, “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico²¹. Para que esta norma seja assegurada, todas as intervenções têm de ser cumpridas, e neste caso, a manutenção da normotermia era a única intervenção, que tinha dificuldades em manter.

Durante o procedimento cirúrgico administrei medicação analgésica, segundo prescrição médica, de forma a proporcionar mais conforto ao doente no pós-operatório, no entanto no final da intervenção cirúrgica, preparei material para a realização de um bloqueio do plexo braquial, que foi realizado pelo médico anestesista, de forma a contribuir para a diminuição da dor no período pós operatório²² (Imbelloni, Beato & Gouveia, 2001).

²¹ “2.1.4- Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas”- Reg. nº 424/2018.

²² “1.3.3 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”- Reg. nº 424/2018.

2.3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A unidade de cuidados intensivos é o local do hospital destinado ao doente em situação crítica que pela gravidade do seu estado clínico, necessita de cuidados diferenciados, com maior vigilância e com necessidade de suporte de órgãos através de técnicas e dispositivos invasivos ou não invasivos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) define doente crítico como “...aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência fica dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI, 2008, p.9). A mesma ideia está presente na definição apresentada pela OE, no Reg.nº429 de 2018, onde é referido que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica ” (Reg. nº. 429/2018, p.19362).

O estágio decorreu ao longo de 180 horas e foi realizado numa unidade de cuidados intensivos polivalentes – UCIP de um hospital privado de Lisboa. As unidades polivalentes, permitem a admissão de doentes de todas as especialidades sendo vocacionada para a prestação de cuidados ao doente adulto em estado crítico, com patologias do foro médico e das várias especialidades cirúrgicas (OE, 2018).

A UCIP está localizada de forma estratégica no edifício, estando próximo do bloco operatório, do serviço de urgência e do serviço de imagiologia, para haver um acesso rápido em caso de emergência.

Em relação à estrutura física, o serviço está disposto em formato de ” U” tendo capacidade para 14 unidades: 10 camas dispostas em sistema de *box* individual e 4 camas dispostas em formato open space situadas, em frente ao balcão de enfermagem. Existem duas boxes dotadas por um sistema de pressão positiva e negativa, utilizadas preferencialmente para patologias em que é necessário o isolamento respiratório. São as únicas boxes que possuem uma antecâmara com lavatórios para a higienização das mãos estando dotadas de equipamento de proteção individual. Todas as boxes têm portas herméticas automáticas envidraçadas que abrem através de dispositivos de abertura sem necessidade de contacto, que minimizam a contaminação no meio hospitalar. Sendo transparentes, permitem uma visão mais ampla do doente crítico que está no interior da box.

Todas as unidades são dotadas de equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, terapia de alto fluxo, execução de técnicas de depuração renal, broncofibroscopia, colocação de estimulador cardíaco externo provisório e realização de ecografia transtorácica e transesofágica.

Toda a monitorização hemodinâmica dos doentes é disponibilizada por telemetria em múltiplos locais estratégicos do serviço e existe um programa de videovigilância disponibilizado em um dos computadores do balcão de enfermagem.

A UCIP dispõe de uma equipa médica, de enfermagem e de auxiliares de ação médica, que exercem funções em horário rotativo. Existem ainda técnicos de exames imagiológicos e de exames especiais que se dirigem ao serviço para realização de exames invasivos, quando necessário. Existe ainda uma equipa de nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos que se deslocam diariamente ao serviço para otimização do doente, dentro das suas áreas de atuação.

A equipa de enfermagem é composta por 50 enfermeiros entre os quais o enfermeiro coordenador, uma enfermeira que exerce funções de apoio à gestão e os restantes enfermeiros que integram as várias equipas. Cada equipa é constituída por 9-10 enfermeiros, sendo que em cada uma existe um chefe de equipa, preferencialmente o elemento mais diferenciado e com mais experiência profissional. O chefe de equipa é responsável pela distribuição da equipa e outras questões relacionadas com a gestão do serviço. Os restantes elementos são responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

Na UCIP os rácios enfermeiro/doente são 1:2 ou 1:3, dependendo do nível de gravidade do doente. Esta distribuição assume o que é referido na Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2014): *“os rácios mínimos, de enfermeiro para doente, é de 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II”*. O nível II corresponde a doentes que requerem observação, monitorização ou intervenção específica por falência de um único órgão ou sistema. Estão incluídos aqui doentes com patologia do foro médico ou cirúrgico (pós-operatório) enquanto o nível III corresponde a doentes que necessitam apenas de suporte respiratório avançado como a ventilação mecânica invasiva ou suporte de pelo menos 2 órgãos. Neste nível são incluídos todos os doentes complexos que necessitam de suporte por falência multiorgânica (OE, 2020).

No serviço onde o estágio decorreu, a avaliação da carga de trabalho do enfermeiro era avaliada diariamente, através de dois instrumentos de avaliação: a escala Therapeutic Intervention Score System - TISS28 e a escala Nursing Activities Score -

NAS. Estas escalas fornecem informações sobre o rácio enfermeiro/doente, indica o índice de gravidade para doentes críticos, permitindo analisar os custos hospitalares com uma maior fiabilidade (Macedo & Dias, 2017). Na UCIP o método de trabalho preconizado é o método individual em que cada enfermeiro é responsável pelos cuidados aos doentes que lhe são atribuídos, no entanto em momentos como o acolhimento de doentes de outros serviços ou em situações de emergência prioriza-se o método de trabalho em equipa.

O horário de visitas tem um funcionamento diário das 13h às 19h, mediante agendamento telefónico prévio e como protocolo do serviço o enfermeiro responsável realiza uma chamada telefónica no turno da manhã para o familiar de referência para transmitir informações sobre o estado do doente ou uma eventual alteração, sempre no âmbito da atuação do enfermeiro.

Como forma de desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica contexto de Pessoa em Situação Crítica definidas pelo Reg. n.º 429/2018 defini como objetivo geral a concretizar ao longo do estágio: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, e relacionais para o cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao Doente em Situação Crítica*. Quanto aos objetivos específicos, foram definidos: **1) Desenvolver competências para o cuidado especializado ao doente/família em situação crítica internado numa unidade de cuidados intensivos;** e **2) Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem ao doente crítico, em contexto de unidade de cuidados intensivos.**

Como forma de desenvolver os objetivos propostos, em primeiro lugar integrei a equipa de enfermagem assim como a equipa multidisciplinar. Posteriormente, pesquisei e consultei as diversas normas e procedimentos da instituição, de forma a desenvolver e sustentar os meus conhecimentos teóricos. Procurei efetuar pesquisa bibliográfica acerca do cuidado ao doente crítico internado na UCI, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio participei no acolhimento de vários doentes vindos do bloco operatório, do serviço de urgência ou de outros serviços. Num dos turnos da manhã, foi admitido o Sr. A de 25 anos, vindo do serviço de urgência, com diagnóstico de rutura de malformação arterio-venosa, que aguardava cirurgia urgente. À chegada avaliei o doente pela metodologia ABCDE. Estava sedo-analgésiado, entubado orotraquealmente e adaptado ao ventilador, apresentava score 0 na escala de Richmond Agitation Sedation

Scale - RASS. Após transferência para a cama, monitorizei-o com o equipamento da unidade, otimizei as perfusões que trazia em curso e após comunicação com o médico assistente, preparei todo o material necessário e colaborei na colocação da LA e do CVC²³.

Após término dos procedimentos e estabilização do estado hemodinâmico do doente, foi discutido em equipa multidisciplinar, entre mim, a minha enfermeira orientadora e o médico assistente, como deveríamos proceder à comunicação do diagnóstico do Sr. A aos pais, que aguardavam a porta do serviço.

Levei os pais do Sr. A para a sala de reuniões, local privado e mais confortável, de forma a evitar potenciais interrupções e tentei perceber o que realmente conheciam do estado de saúde do filho, ao que estes responderam que sabiam que “*o filho teria que ser operado à cabeça*”- Sic. Estavam muito preocupados, incentivei-os a exprimir as suas preocupações, suas dúvidas e após demonstrarem disponibilidade em obter o máximo de informação possível, através de uma linguagem adequada e de forma faseada, sincera, calma e clara transmiti a má notícia, juntamente com o médico assistente, minimizando falsas expectativas, proporcionando uma compreensão mais realista, permitindo a total absorção da informação²⁴.

Para transmitir as informações à família, guiei-me pelo protocolo de Buckmen, que foi muito eficaz nesta situação, ajudou-me a estruturar o pensamento, permitindo-me transmitir a notícia seguindo uma sequência. Caldeira & Ribeiro (2008) refere que o modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos ao doente e família influencia decisivamente a reação terapêutica e de forma a facilitar esse processo, Buckman elaborou um protocolo de comunicação de más notícias, constituído por seis etapas, em que o autor tenta evitar que o profissional dê informação forçada, dando ênfase a transmissão de informação de acordo com a vontade do doente/família²⁵.

Caldeira & Ribeiro (2008) referem ainda que as competências de comunicação de más notícias não se adquirem apenas pela acumulação da experiência clínica, implicam conhecimentos, aptidões específicas e um treino adequado, permitindo aos profissionais

²³ “1.1.3 – Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica”- Reg. nº 424/2018

²⁴ “1.2.3 – Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados”- Reg. nº 424/2018.

²⁵ “1.5.3-Seleciona e utiliza de forma adequada , as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica” - Reg. nº 424/2018.

de saúde, reduzir o nível de ansiedade e reforça a aliança terapêutica com o doente e família.

Uma outra situação que contribuiu para o desenvolvimento de novos conhecimentos, permitindo a minha colaboração em técnicas invasivas ao doente crítico, com necessidades imediatas de suporte de vida foi quando eu e a minha enfermeira orientadora ficamos responsáveis por um doente que estava internado há cerca de oito dias, com diagnóstico de Status pós Pneumonia por SARS-COV2. O Sr. M estava sedoanalgesiado, conectado a prótese ventilatória há seis dias. No início do turno o médico assistente informou-nos que o pretendia extubar o doente até ao final do turno. Durante o turno, a terapêutica sedativa foi otimizada assim como os parâmetros do ventilador, passando da modalidade volume controlado para pressão de suporte, de forma a preparar o doente para o momento da extubação.

O Sr. M estava cada vez mais desperto, apresentava RASS 0 na escala de agitação e sedação de Richmond: estava calmo e desperto e obedecia a ordens simples. Quando se utiliza a escala RASS, segundo Barbosa, Beccaria, Silva, & Bastos, (2018) o objetivo é manter o doente num nível de (-2) “Sedação Leve: acorda rápido e mantém contacto” a (0) "Alerta calmo", uma vez que um indivíduo nestas condições é muito mais suscetível em colaborar no seu tratamento e existe uma maior facilidade de ser colocado em ventilação espontânea.

Expliquei calmamente ao doente que não conseguia comunicar porque ainda estava entubado, mas que muito em breve iria retirar o tubo orotraqueal e já poderia comunicar²⁶. Durante o turno, coloquei o doente a realizar treino com a peça em T, ou seja, desconectei-o do ventilador, e iniciei aporte de oxigénio pela peça em T durante cerca de 30 minutos, para preparar o doente para o momento da extubação. Realizei vários ciclos, com duração cada vez maior. O doente respondia bem a todos os testes sendo que no final do turno, foi possível proceder à extubação. Imediatamente antes da extubação, mantive a cabeceira com uma elevação entre os 30-40 graus e realizei a higiene da cavidade oral contribuindo para a redução do risco de infeção em caso de aspiração de secreções, tal como preconizado por Ponce e Mendes (2015). Expliquei ao doente o procedimento a que iria ser submetido, de forma a não acrescentar mais medo e angústia ao seu internamento. O Sr. M parecia compreender o que lhe era explicado pois acenava com a cabeça em sinal de aceitação. Tinha certificado também que o carro de emergência

²⁶ “1.5.1 -Inicia a relação terapêutica reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação ” - Reg. nº 424/2018.

estava perto da unidade do doente, com todo o material necessário disponível, caso fosse necessário.

Após a remoção do tubo coloquei de imediato a máscara de oxigénio e incentivei o doente a realizar movimentos inspiratórios e expiratórios. Após a extubação, este manteve-se calmo e colaborante dentro das suas limitações, comunicando por breves períodos. Senti receio que o procedimento não decorresse de forma linear, pois o doente já tinha uma idade avançada e segundo Azeredo, Moreira e Caldas, (2010) quanto maior a idade dos doentes, maior a dependência que criam do ventilador e mais demorada será a extubação.

Uma outra situação que permitiu o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências dentro do que são os cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico foi durante um dos turnos em que eu e a minha enfermeira orientadora ficámos responsáveis pelo Sr. V de 84 anos que tinha recorrido ao SU no dia anterior por epigastralgias, náuseas, vómitos, mialgias e dor torácica posterior, não apresentava antecedentes pessoais relevantes. No SU tinha realizado um TAC tóraco-abdominal, que revelava pneumomediastino volumoso com extenso conteúdo gasoso e provável conteúdo intestinal, tendo sido submetido à laparotomia exploradora de urgência. No procedimento cirúrgico foi realizada limpeza do local, rafia de uma zona de perfuração no esófago distal e colocação de três drenos subaquáticos: sendo que o dreno medistínico apresentava saída de conteúdo fecaloide.

No início do turno dirigi-me ao doente e realizei uma avaliação pela metodologia ABCDE. O item a) via aérea e b) ventilação encontravam-se assegurados, o doente estava sob ventilação mecânica invasiva em modalidade de volume controlado, mantendo saturações periféricas de oxigénio superiores a 95%. No item c) circulação, o Sr. V. encontrava-se hemodinamicamente instável com suporte aminérgico - Noradrenalina 20mg/50cc a 18cc/h, para manter uma pressão arterial média (PAM) >65mmHg, lactatos a aumentar de 2 para 3, 8 mmol/l. O Sr. V. estava sedoanalgesiado com Propofol a 2% e Alfentanilo. Apresentava RASS -5 e BPS 3. No item d) estado neurológico, apresentava pupilas isocóricas e reativas à luz, e um Glasgow Score de 3. No item e) exposição, apresentava extremidades cianosadas, pelo que no final do turno já se encontravam quentes apresentando uma melhoria da perfusão.

Após partilha de ideias com a enfermeira orientadora, percebemos que o doente estava a entrar em choque séptico, com compromisso de órgão. Conversámos com o médico assistente que deu indicação para administrar dois litros de soro cristalóide em

infusão rápida, Albumina 20%, Bicarbonato de sódio 8,4% e foi iniciada hidrocortisona. Após ter preparado e administrado toda a terapêutica prescrita, foi possível fazer o desmame de Noradrenalina para 5cc/h, mantendo PAM>65mmHg, melhoria do lactato de 3,8 para 1,6mmol/l, e melhoria da pressão venosa central (PVC) tendo aumentado de 8 para 13mmHg, valor indicativo de maior preenchimento vascular.

Toda esta situação sensibilizou-me a nível pessoal, pois tratava-se de um Sr. previamente autónomo nas atividades de vida diárias e repentinamente toda a sua função fisiológica estava comprometida, estava em choque séptico com compromisso de vários órgãos sem expectativas sólidas de uma possível cura.

Apesar desta situação triste, para mim foi uma oportunidade de aprendizagem incrível, pois encontrava-me no estágio de especialidade e pretendia consolidar conhecimentos já adquiridos, desenvolver um pensamento crítico adequado e sobretudo adquirir novos conhecimentos, pois segundo Dias e Ferreira (2005) os enfermeiros quando exercem funções numa UCI, por toda a especificidade do cuidar que os doentes críticos exigem, estes devem saber “utilizar os seus sentidos, ter disponibilidade de tempo e energia, ter disponibilidade intelectual e afetiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda”.

A maior parte dos doentes que tive oportunidade de cuidar nesta unidade apresentavam sentimentos de tristeza, insegurança, ansiedade, sensação de perda de si mesmo, percebiam que estavam conectados a inúmeros dispositivos médicos, que os faziam manter o seu estado hemodinâmico. Muitas vezes ficava a falar com eles sobre as suas preocupações, as suas expectativas e nas situações em que choravam de desespero, percebi que era através do toque que os conseguia reconfortar e estabelecer um contacto mais próximo, com os doentes mais fechados e deprimidos. Benner (2001), refere que o enfermeiro especialista tem de ser capaz de reconhecer de forma antecipada os fatores promotores de desconforto para o doente crítico e agir no sentido de os eliminar ou atenuar, promovendo o conforto.

Os doentes internados nas UCI's são os que apresentam mais complicações, constantemente são submetidos a procedimentos invasivos sendo considerada por isso uma população de alto risco para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Ao longo do estágio vários foram os doentes submetidos as técnicas invasivas e que apresentavam diversos dispositivos médicos associados. Uma das minhas intervenções como futura enfermeira especialista passou também pela sensibilização da equipa de enfermagem, em diversos momentos do estágio, através da partilha informal de medidas

necessárias para a prevenção do risco de infeção, designadamente, da higiene das mãos e a aplicabilidade de Feixes de Intervenção, por parte dos enfermeiros²⁷. Os “Feixes de intervenção têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente” (DGS, 2015, p.8).

O segundo objetivo específico delineado para o estágio: ***Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem ao doente crítico, no contexto de unidade de cuidados intensivos.***

Quando os doentes críticos são internados nas unidades de cuidados intensivos, devido à complexidade do seu estado clínico e pela vulnerabilidade que apresentam, a existência de barreiras linguísticas e culturais, coloca em risco o estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente. Estas barreiras podem aumentar o risco de conflito, incerteza, má interpretação das suas necessidades, podendo desencadear preconceito e discriminação face ao doente. Nestes casos é exigido à equipa de enfermagem elevada competência cultural na prestação de cuidados a estes doentes (Dobrowolska, et al., 2020).

Assim como nos estágios anteriores, na UCIP, também surgiu a oportunidade de prestar cuidados a doentes de outras nacionalidades, nomeadamente do Reino Unido, da Alemanha e da Rússia. Estes doentes falavam maioritariamente a língua inglesa, pouco falavam em português, pelo que quando comunicava com eles, de forma a tornar a comunicação mais eficiente, utilizava a língua inglesa. Quando os doentes não falavam nem inglês, nem português a comunicação tornava-se mais complicada, pois, estavam num ambiente hospitalar, cheios de dúvidas e de questões. O doente multicultural quando admitido numa unidade de cuidados críticos enfrenta barreiras linguísticas e culturais, podendo estas constituir obstáculos na criação de uma relação terapêutica, sendo assim exigido às equipas de enfermagem elevada competência cultural na prestação de cuidados a estes doentes em prol da humanização dos cuidados (Baratipor & Amini, 2021).

Como forma de sensibilizar a equipa de enfermagem da UCIP para a importância desta temática, realizei em vários momentos do estágio, partilha informal sobre os dados obtidos na Scoping Review – Estratégias para o cuidado de enfermagem ao doente crítico multicultural, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a este tipo de doente.

²⁷ “3.1.2 -Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção ” - Reg. nº 424/2018.

Tomey e Alligood, (2003), referem que o objetivo da teoria do cuidar de Madeleine Leininger era, passar para as equipas de enfermagem a ideia de prestar um cuidado culturalmente congruente, e para isso, os enfermeiros trabalhavam no sentido de explicar a utilização e os significados do cuidar de modo congruente com os valores e as crenças das outras culturas.

Como estratégia para ultrapassar a barreira linguística existente entre o enfermeiro e o doente, elaborei um documento com diversos cartões disponibilizados no apêndice V, traduzidos para diversas línguas tais como: língua inglesa, francesa, alemã, ucraniana e russa. Cada cartão, para além da informação disponibilizada traduzida, dispõe também de uma imagem ilustrativa de forma a simplificar ainda mais a comunicação com estes doentes. Ao longo do estágio senti, em vários momentos a necessidade de utilizar esta ferramenta. Num dos turnos da noite participei no acolhimento de uma doente de nacionalidade russa que tinha sido transferida de um outro hospital. Esta doente habitava em Portugal há poucos meses e não sabia falar a língua portuguesa. Falava apenas algumas palavras em inglês. À chegada estava muito assustada, não entendia o motivo de ter sido transferida, não sabia qual era o seu diagnóstico e não sabia a que exames iria ser submetida. Após observação médica, por apresentar difíceis acessos periféricos, foi tomada a decisão de se colocar um CVC. Colaborei com o médico assistente na realização do procedimento. Comuniquei com a doente na língua inglesa, sempre de forma calma e facilmente estabeleci uma relação terapêutica com a doente, talvez por haver um ponto em comum, eu também era originária de outro país. Tive alguma dificuldade em explicar à doente, o que era o CVC e porque era introduzido na região jugular. Esta dificuldade deveu-se sobretudo à barreira linguística existente e também por ser um procedimento médico que não é conhecido pelas pessoas que não estão ligadas à área da saúde. Caso os cartões estivessem disponibilizados naquele momento, poderia ter utilizado o cartão em língua russa com a visualização da imagem do CVC, e desta forma iria diminuir a ansiedade e o medo que provavelmente inundava a doente²⁸.

Uma outra situação vivenciada ao longo do estágio que me permitiu realizar pesquisa bibliográfica com consequente sensibilização da equipa de enfermagem, foi o caso do Sr. P. Um doente de 78A, com tempo prolongado de internamento, que dias após a extubação orotraqueal, desenvolveu um quadro de delirium.

²⁸ “Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” - Reg. nº 424/2018.

O doente oscilava períodos de serenidade com períodos de confusão, agitação e verborreia, manipulava os dispositivos médicos, tocava na linha arterial, produzindo alterações na curva do monitor, inferindo erros quanto aos valores tensionais, mobilizava as pernas por cima das grades, abanando-as agressivamente, pondo em risco a sua segurança.

Para controlar este comportamento tentei proporcionar ao doente um ambiente mais calmo e confortável e ao satisfazer essa necessidade, proporcionei mais conforto ao Sr. P. Kolcaba (2003) refere na sua teoria, que o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento.

Tentei incluir elementos orientadores na unidade do doente, como calendários, relógios, falei com a família do doente, com o intuito de aumentar o número de visitas, trazer uma fotografia ou algo simbólico para o Sr. P, mas infelizmente pouco efeito estas intervenções tiveram. Durante os turnos da noite, sensibilizava a equipa para diminuir a intensidade das luzes e o nível de ruído, de forma a facilitar o sono e reduzir a sobrecarga sensorial, e em todos os turnos em que estava com o doente no período da manhã, tentava proporcionar o levante e a mobilização e incentivava a equipa de fisioterapia para proporcionar mais atividade física ao doente. Infelizmente houve períodos em que estas intervenções não surtiram efeito e tendo em conta o comportamento cada vez mais agressivo do doente e após partilha de ideias com a enfermeira orientadora, decidimos que o melhor seria recorrer à contenção física²⁹. Não me senti confortável e não achei que fosse a atitude mais correta, mas em aquele momento foi a única intervenção que tínhamos ao nosso alcance, pois estava com muito receio que o Sr. P removesse algum desses dispositivos médicos. Pessoa e Nacul (2006) referem que a remoção de dispositivos médicos além de ser muito perigosa, acarreta outras complicações, como o aumento do tempo de internamento, aumento da carga de trabalho dos enfermeiros e mais custos hospitalares.

Face a agitação psico-motora que o doente apresentava, comuniquei ao médico assistente, toda a alteração do estado do doente, pelo que após observação, prescreveu perfusão de Dexmedetomidina de forma a induzir uma sedação ligeira ao doente. Após

²⁹ “2.3.4- Define prioridades de atuação” - Reg. nº 424/2018.

reparação e colocação a medicação prescrita em perfusão, verifiquei que breves instantes depois, o doente estava muito mais calmo, tendo sido possível retirar a contenção física.

Nestas unidades a instalação do delirium relaciona-se muitas vezes com procedimentos dolorosos e invasivos, com a privação de sono, o medo, a ansiedade e o stress associado à UCI, traduzindo-se num desafio para nós, proporcionar um ambiente terapêutico a estes doentes (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Ter vivenciado esta situação foi muito importante para o meu percurso, como futura enfermeira especialista, refletir sobre a importância das nossas intervenções autónomas, através da implementação de medidas não farmacológicas de forma a prevenir a instalação do delirium. Esta problemática faz parte das minhas áreas de interesse pois exerci funções num serviço de Medicina durante quatro anos, em que a maioria dos doentes acabava por desenvolver um quadro de delirium ao longo do internamento, contribuindo para o aumento do tempo de internamento com consequente aumento da taxa de infeção e aumento do consumo dos recursos hospitalares.

Durante o estágio, sensibilizei a equipa de enfermagem em vários momentos, para a prevenção da instalação do delírium, sendo que o nosso grupo profissional tem um papel essencial na prevenção, identificação precoce e implementação de cuidados baseados na melhor evidência. Divulguei algumas das medidas de forma informal com a equipa, e de forma a reforçar a passagem da informação e com o objetivo de chegar a grande parte da equipa, elaborei um tapete de rato com algumas das medidas de prevenção do delírium (Apêndice IV). Após a aprovação pela enfermeira orientadora, e aprovação do enfermeiro chefe, referindo ter sido bastante adequando às necessidades do serviço, este foi colocado no serviço de forma estratégica, pretendendo atrair a atenção do enfermeiro que pode fazer uma breve leitura enquanto realiza os registos informáticos do doente. O mesmo documento também foi aprovado pela enfermeira coordenadora do serviço onde desempenhava funções, estando os tapetes distribuídos pelos computadores das salas de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização, Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica apresentou como objetivo a melhoria da minha prestação de cuidados ao doente em situação crítica e família ao vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

O percurso analisado nos capítulos anteriores, através das experiências vividas e descritas, foi-me possível desenvolver um olhar crítico e reflexivo sobre a globalidade da prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Ao longo da elaboração deste relatório senti algumas dificuldades decorrentes da sua própria metodologia e seleção de conteúdos, sendo um dos maiores receios o facto de não conseguir espelhar todo o processo de formação e uma das maiores dificuldades sentida foi transmitir toda a análise, reflexão e experiência adquirida no contexto de estágio.

Tenho consciência que o estadió de iniciado/iniciado avançado (Benner, 2001) nesta área de cuidados, limitou este percurso de aprendizagem, mas através de um esforço suplementar e estudo intensivo e direcionado, consegui desenvolver e consolidar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tenho noção que a aprendizagem teria outra dimensão e profundidade se o estadió de partida fosse mais evoluído. A parte desta limitação, consegui cumprir os objetivos planeados para este processo de formação.

Ao longo deste caminho, todas as unidades hospitalares escolhidas demonstraram-se uma mais-valia na minha formação e desenvolvimento enquanto pessoa e profissional de saúde. Optei sempre por instituições diferentes, o que me permitiu partilhar saberes, praticas, experiências com outros enfermeiros e profissionais.

Após a reflexão crítica realizada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, e competências de Mestre em Enfermagem, considero que desenvolvi as mesmas com sucesso, atingindo os objetivos propostos no início de todo este percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2006). Funções do Enfermeiro de Anestesia e do Enfermeiro Instrumentista. Em *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à prática dos Cuidados*. Loures, Lusodidata.
- Azeredo, L., Moreira, Y., & Caldas, C. (2010). Influência da idade no prognóstico do desmame de pacientes idosos em ventilação mecânica. *Fisioterapia Brasil*, 11 (4).
- Baratipor, M., & Amini, K. (2021). Relationship Between Cultural Intelligence with Communication Skills and Social Interactions Of Emergency Department Staff: A Cross-Sectional Study. *Medical-Surgical Nursing Journal* 10(4), 121175. <http://doi.org/10.5812/msnj.121175>
- Batista, S., & Martins, R. (2016). O alívio do sofrimento do doente crónico como foco do cuidar da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto.
- Barbosa, T., Beccaria, L., Silva, D., & Bastos, A. (2018). Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 194-200. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800028>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: a Guide for Health Care Professions*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Caldeira, N; Ribeiro, P. (2008). A transmissão de más notícias baseada no protocolo de Buckman. *Revista de Saúde Amato-Lusitano*, 25:44-47.
- Castaneda-Guarderas, A., Glassberg, J., Grudzen, C., Ngai, K., Samuels-Kalow, M., Shelton, E., . . . Richardson, L. (2016). Shared Decision Making With Vulnerable Populations in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 23 (12), 1410-1416; doi: 10.1111/acem.13134.
- Chang, H., Hutchinson, C., & Gullick, J. (2019). Pulled away: the experience of bilingual nurse as ad interpreters in the emergency department. *Ethnicity & Health* 26 (7), 1045-1064. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1613518>.

- Coleman, J. & Angosta, A. (2016). The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. *Journal of Clinical Nursing* 26, 678–689. <http://doi.org/10.1111/jocn.13567>.
- Costa, V., Silva, S., & Lima, V. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13 (2), 282-298.
 - Cruz, J., Gomes, J., Barreto, M., & Marcon, S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial pré-hospitalar: percepção e vivência dos profissionais. *Journal of Nursing And Health*, 9(2), e199210.
 - Decreto-Lei n.º 74/2006. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, páginas 2242 – 2257. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.
 - Despacho n.º 0236/2016 do Regulamento geral de creditação de unidades curriculares da UC. (2016). <http://www.lisboa.ucp.pt/site/resources/documents/Reitoria/Despachos/Regulamentacao%20de%20credita%C3%A7%C3%A3o.pdf>
 - DGS. (2015) Norma n.º. 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf.
 - DGS (2015). 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf.
 - Dias, M. & Ferreira, M. (2005). *Ética e Profissão Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
 - Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.
 - Dobrowolska, B., Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestand, E., Benbenishty, J., Breznik, K., . . . Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive & Critical Care Nursing* 60, 102892. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102892>.

- Estrela , J., Lopes, S., Menezes, A., Sousa, P., & Machado , R. (2021). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022. Obtido em Outubro de 2022, de Serviço de Estrangeiros e Fronteiras: <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfin2.pdf>
- Farias, B., & Rosenstock, K. (2020). Alterações na atualização do novo phtls: XABCDE do trauma. Universidade de Ensino Superior da Paraíba.
- Fontes, C., Menezes, D., Borgato, M., & Luiz, M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1089-1095. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143> .
- Gulho, A., Lima, A., & Silva, M. (2000). Reflexões sobre a comunicação nos cuidados de enfermagem ao doente renal crónico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , 34 (2), 209-212.
- INEM. (2012). Abordagem à Vítima - Manual TAS/TAT. 1ª Edição, versão 2.0, ISBN 978-989-8646-12-5. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-à-v%C3%ADtima.pdf>.
- INEM. (2013). Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª Edição, versão 2.0. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>.
- Imbelloni, L., Beato , L., & Gouveia, M. (2001). Bloqueio do plexo braquial por via infraclavicular: abordagem ântero-posterior. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 51(3), 235-243. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942001000300007>.
- Keer, R., Deschepper, R., Francke, A., Huyghens, L., & Bilsen , J. (2015). Conflitos entre profissionais de saúde e famílias de doentes críticos multiculturais, nas unidades de cuidados intensivos : Um estudo Etnográfico . *Bio Med Central. Critical Care*, 19 (441), 19:441 DOI 10.1186/s13054-015-1158-4.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research* (I. Spinger Publishing Company (ed.); 1st ed.
- Kula, Y., Cohen, O., Clempert, N., Cohen, O., & Slobodin, O. (2021). Educating nursing students for cultural competence in emergencies: a randomized controlled trial. *BMC Nursing* 20, 184. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00704-1>.
- Leclerc, A., Miquelon, P., & Rivard, M. (2019). *ranscultural Health Practices of Emergency Nurses Working With Indigenous Peoples: A Descriptive Study*. *Emergency Nurses Association*, 46 (2), 239-245; 10.1016/j.jen.2019.10.018.

- Listerfeldt, S., Fridh, I., & Lindahl, B. (2019). Facing the unfamiliar: Nurses transcultural care in intensive care - A focus group study . *Intensive & Critical Care Nursing* 55, 102752. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.002>.
- Lopes, J., Santos, M., Matos, M., & Ribeiro, O. (2018). Multiculturalidade. *Pespetivas da Enfermagem. Lusociência*.
- Lopes, J., Marques, R., & Sousa, P. (2021). O handover / handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 13 (2), 4-12. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565>.
- Macedo, R & Dias, M. (2017). Nursing Activities Score, NAS: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. Instituto Politécnico de Viseu, *Enfermagem Médico-Cirúrgica -Dissertação de mestrado*.
- Majda, A., Cupak, I., Puchala, J., & Barzykowski, K. (2021). Cultural Competence and Cultural Intelligence of healthcare Professionals Providing Emergency Medical Services. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11547; <https://doi.org/10.3390/ijerph182111547>.
- Mayer , B., Ubessi, L., Stumm, E., Kirchner, R., & Barbosa, D. (2013). Feelings Of People With Chronic Kidney Disease And Interferences In Their Social Activities. *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(1), 31-41. <https://doi.org/10.18471/rbe.v27i1.6908>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, J., Dias, A., Vilares, F., Matos, J., Sousa, M., & Pinheiro, R. (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, pp. 978-989-8444-36-3.
- Neves, R. (2020). *Experiência do contexto Pré-Hospitalar: um estágio em Emergência Médica*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Mestrado Integrado em Medicina.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Janeiro de 2007- EP01/07. Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2014). Reg. nº 533/2014. Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série – Nº233 – 2 de dezembro de 2014. https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2015/02/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Parecer nº15/2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-no15_2018-funcoes-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros, (2020). Parecer do Concelho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica nº2/2020. Rácio de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva -COVID. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-no-2_ce-e-mceemc-racio-de-enfermeiros-em-servicos-de-medicina-intensiva-covid.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros, 2013. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Parecer nº03/2013 - Competências do enfermeiro para utilização de máquina de autotransfusão (cell saver) no peri operatório. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20as%20Competencias%20do%20Enfermeiro%20para%20Utilizacao%20de%20Machina%20de%20Autotransfusao%20no%20Peri-Operatorio.pdf>.
- Pessoa, R., & Nacul, F. (2006). Delirium em pacientes críticos. Revista Brasileira Terapia Intensiva, 18(2), 190-195 . <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200013>. Obtido de [www .hcor.com .br](http://www.hcor.com.br).
- Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A & Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors).

JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI. Available from HYPERLINK "<https://synthesismanual.jbi.global/>" <https://synthesismanual.jbi.global>.

- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2015). Manual de Medicina Intensiva. Vol. 1. Lisboa: Lidel.
- Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 231/2013, Série I de 2013-11-28, páginas 6594 – 6607. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/347-2013-484161>.
- Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro do Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Diário da República n.º 241/2014, Série I de 2014-12-15, páginas 6084 – 6095. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/260-2014-64797338>.
- Reg. n.º 226/2018, de 16 de abril da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16, páginas 10758-10764. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>.
- Reg. n.º 429/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Reg. n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, série II de 2019-02-2019, páginas 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Reg. N.º533/2014 (2014) - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República no233/2014, Série II de 2014-12-02, páginas 30247 - 30254 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf;
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos: Recomendações. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.
- Tavares, C. (2012). Exercício de Enfermagem Pré-Hospitalar: Esforço Contínuo de Afirmação Profissional. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. (5º ed.) Loures: Lusociência.

- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. (5ª edição, Ed.) Lusodidacta.
- Vasconcelos, R., Souza, T., Lima, J., Bueno, L., Andrade, J., & Junior, P. (2022). Técnicas cirúrgicas para correção de aneurisma de Aorta. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 19200-19207. DOI:10.34119/bjhrv5n5-131.
- Vargas, M. (2010). *Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório – O Caso dos Enfermeiros*. Dissertação para o Grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
- Vilelas, J., & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120-127.
- Weissmann, L., (2018). Multiculturalidade, Transculturalidade, Interculturalidade. *Construção Psicopedagógica*, volume 26, nº27. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004.
- Wojnicka, A., Ozda, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Breznik, K., . . . Dobrowolska, B. (2022). Educational Needs of European Intensive Care Nurses with Respect to Multicultural Care: A Mix- Method Study. *International Journal of Environmental and Public Health*, 19(2), 724. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020724>

ANEXOS

Anexo I- Certificado de Apresentação do Poster “Estratégias para o Cuidado de Enfermagem ao Doente Crítico Multicultural” no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem .Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo


CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Loredana Mihu, Prof. Dra. Rita Marques, Prof. Dra. Patrícia Pontífice Sousa** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 37 com o tema **O CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL: UMA SCOPING REVIEW** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Associada



APÊNDICES

Apêndice I- Poster com o tema “Estratégias para o Cuidado de Enfermagem ao Doente Crítico Multicultural”, apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem .Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo



ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO MULTICULTURAL: UMA SCOPING REVIEW

Autoria(s): Loredana Mihu¹, Marques, Rita², Pontífice-Sousa, Patrícia³

1. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
2. Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa.
3. Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

INTRODUÇÃO

A cultura tem um impacto significativo sobre cada um de nós, define-nos enquanto seres humanos e percepções quanto à saúde, ao bem-estar, à doença e à morte. Quando o doente multicultural é admitido numa unidade de cuidados críticos, enfrenta barreiras linguísticas e culturais, podendo constituir obstáculos à criação da relação terapêutica. Desta forma, é exigido à equipa de enfermagem elevada competência cultural na prestação de cuidados a estes doentes em prol da humanização dos cuidados (Dobrowolska, et al., 2020; Baratipor & Amini, 2021).

MATERIAIS E MÉTODOS

Crítérios de Inclusão

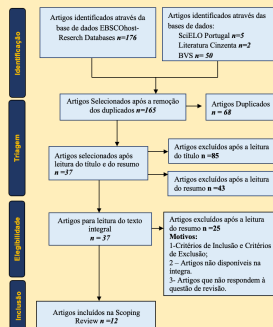
- Artigos publicados nos últimos 10 anos;
- Artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola;
- Contexto de cuidados críticos;

Crítérios de exclusão

- Serviços de internamento;
- Unidades pediátricas;
- Cuidados de saúde primários;

OBJETIVOS

Mapear as estratégias para o desenvolvimento de competências no cuidado multicultural ao doente crítico.



RESULTADOS

As estratégias identificadas para o desenvolvimento de competências no cuidado cultural relacionam-se com:

- Diversidade cultural dos enfermeiros (Baratipor & Amini, 2021).
- Formação nos cursos de enfermagem (Vilelas & Janeiro, 2012).
- Programas de desenvolvimento pessoal (Dobrowolska, et al., 2020; Ozmanecvic, Grobschadl, Stjic & Lahmann, 2022).
- Ações de formação nos serviços (Vilelas & Janeiro, 2012).
- Presença de intérpretes e documentos de tradução de apoio ao cuidado (Coleman & Angosta, 2016).

CONCLUSÃO

A competência cultural do enfermeiro, implica uma capacidade de compreender as diferenças culturais à fim de prestar cuidados humanizados ajustados às necessidades culturais de cada doente. O aumento do número de doentes multiculturais nos serviços de cuidados críticos constitui um desafio constante para as equipas de enfermagem.

Descritores: Competência cultural, Estratégias, Enfermagem, Doente Crítico Multicultural

Referências Bibliográficas:



Apêndice II- Tabela com os Resultados da Scoping Review - “Estratégias para o Cuidado de Enfermagem ao Doente Crítico Multicultural”

Tabela 1: Síntese da informação extraída dos estudos incluídos na Scoping Review

Autore(s), Ano de Publicação, País	Objetivo	Método	Resultados
Vilelas & Janeiro (2012) Portugal	Aferir as mudanças necessárias para a promoção de uma enfermagem multicultural.	Estudo qualitativo.	-Frequência por parte dos enfermeiros de programas de desenvolvimento pessoal. Tal permite o desenvolvimento da consciência dos próprios valores culturais/crenças, bem como, o aprender a aceitar as diferenças culturais em saúde. - Frequência por parte dos enfermeiros de ações de formação sobre diversidade cultural, comunicação intercultural e estratégias de atuação de forma a desenvolver competência cultural que lhes permita reconhecer e valorizar as diferenças culturais; -Educação e treino da diversidade cultural- nos planos formativos dos cursos de enfermagem devem constar conteúdos ligados ao cuidado culturalmente congruente, de aulas de treino de diversidade cultural, bem como, introdução da língua estrangeira: língua inglesa e/ou a linguagem gestual.
Keer, Deschepper, Francke, Huyghens, & Bilsen (2015) Bélgica	Averiguar os fatores que contribuem para os conflitos entre profissionais de saúde e familiares de grupos étnicos	Estudo qualitativo etnográfico. Aplicados questionários a 80 enfermeiros	- Frequência de programas de treino em competência cultural por parte dos profissionais de saúde de modo a promover o aumento da consciência intercultural, o conhecimento e as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde;

	minoritários, numa unidade de cuidados intensivos da Bélgica.	de uma UCI da Bélgica	
Castaneda-Guarderas, et al. (2016) Estados Unidos da America	Empoderar as populações vulneráveis para um melhor entendimento das opções de tratamento consoante as suas necessidades, quando presentes no serviço de urgência.	Estudo qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de programas de treino de competência cultural para os profissionais de saúde, que exercem funções nos SU; - Implementação de línguas estrangeiras nos currículos escolares do curso de enfermagem; - Implementação de ações de formação sobre diferentes culturas e costumes, bem como, a forma como as diversas culturas experienciam a alteração do estado de saúde-doença; -Recurso a intérpretes profissionais, nos SU, quando o doente não conhece a língua oficial do país;
Coleman & Angosta, (2016) Estados Unidos da America	Explorar as experiências dos enfermeiros que exercem funções nas UCI, no cuidado ao doente e família com proficiência limitada na língua inglesa.	Estudo exploratório qualitativo, através de uma abordagem Fenomenológica Entrevistados 40 enfermeiros de um hospital do oeste dos EUA.	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivo à existência de cursos sobre competência cultural nos cursos de licenciatura em enfermagem; - Incentivo dos profissionais de saúde a solicitar um intérprete profissional (disponível 24h), sempre que um doente estrangeiro, dá entrada no serviço, sendo que o mesmo deve acompanhar o doente ao longo do internamento, potenciando a criação de vínculo com o mesmo. - Recurso a chamadas telefónicas com os intérpretes profissionais, sempre que não é possível a presença física destes, e

			<p>sobretudo na existência de barreira linguística entre enfermeiro/doente.</p> <p>-Recurso a aplicações de tradução ou utilização de documentos previamente traduzidos em outras línguas, de forma a facilitar a comunicação enfermeiro/doente;</p>
<p>Leclerc, Miquelon, & Rivard, (2019) Canadá</p>	<p>Identificar as práticas de enfermagem dos enfermeiros do SU, no cuidado a doentes de outras nacionalidades.</p>	<p>Estudo descritivo e quantitativo. Participaram no estudo 30 enfermeiros não indígenas de três departamentos de emergência de Quebec.</p>	<p>-Implementação de cursos de treino de competência cultural nas escolas de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de segurança cultural e melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de estudo de casos com doentes de outras nacionalidades.</p> <p>-Frequência por parte dos enfermeiros de ações de formação sobre diversidade cultural – promove o desenvolvimento de conhecimentos sobre várias culturas, costumes e algumas orientações em comunicação intercultural.</p> <p>-Frequência por parte dos estudantes de enfermagem de programas de treino em segurança cultural, que inclui a observação e o estudo de casos práticos, de forma a enraizar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes multiculturais.</p>
<p>Chang, Hutchinson & Gullick (2019) Austrália</p>	<p>Compreender as experiências dos enfermeiros bilíngues ou multilíngues</p>	<p>Estudo qualitativo. Gravação áudio de entrevistas semi-estruturadas a 12</p>	<p>- Recurso a enfermeiros bilíngues para estabelecer uma comunicação eficaz com o doente estrangeiro com proficiência limitada na língua inglesa e na língua</p>

	solicitados a atuar como intérpretes no serviço de urgência.	enfermeiros (representando 12 idiomas), de dois SU de dois hospitais da Austrália.	nativa, contribuindo assim para a segurança do doente no SU.
Listerfeldt, Fridh & Lindahl (2019) Suécia	Explorar a experiência dos enfermeiros, no cuidado ao doente culturalmente diverso internado na UCI.	Estudo qualitativo Entrevista em grupo focal análise de conteúdo qualitativa	- Frequência de programas de desenvolvimento cultural nas escolas de enfermagem, tais como cursos de e-learning sobre diversidade cultural, disponibilizados na língua inglesa e/ou em outras línguas e frequência de programas de ERASMUS; - Recurso por parte dos enfermeiros a intérpretes profissionais, intérpretes familiares ou a amigos, na indisponibilidade dos intérpretes profissionais; -Recurso a estratégias de comunicação baseadas na improvisação e na inovação através de uma linguagem gestual adaptada;
Dobrowolska et al., (2020) Polónia	Determinar o nível de competência cultural dos enfermeiros das UCI.	Estudo transversal, através de uma análise descritiva e correlacional.	-Frequência por parte dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros a programas de desenvolvimento pessoal, promovendo a consciência dos seus valores culturais/crenças por forma aceitar as diferenças culturais; -Implementação de programas de mobilidade de estudantes de enfermagem, como os programas de ERASMUS;
Kula, Cohen, Clempert,	Avaliar a eficácia de programas de	Ensaio Clínico Randomizado.	-Frequência de programas de treino em competência cultural para estudantes de enfermagem, ministrados por

Cohen, & Slobodin (2021) Israel	intervenção online para aumentar a competência cultural dos estudantes de enfermagem em situações de emergência.	72 estudantes de enfermagem foram divididos na proporção 1:1, para uma intervenção 34 participantes e para grupo controlo 38 participantes.	profissionais de diversas origens - os programas devem conter partilha de experiências do corpo docente e dos participantes através de curtas- metragens, gravações, palestras de especialistas na competência cultural e segmentos de entrevistas gravadas que promovem atitudes sensíveis e empáticas entre os alunos de enfermagem aumentando desta forma a sua competência cultural. Os programas podem incluir uma participação ativa como a apresentação dos alunos, discussões na sala de aula e simulações.
Baratipor & Amini (2021) Irão	Investigar de que forma a inteligência cultural se correlaciona com as habilidades de comunicação e interações sociais dos profissionais de saúde com os doentes de diferentes culturas no SU.	Estudo transversal, realizado em 197 profissionais de saúde do SU de 3 hospitais.	-Implementação de cursos de competência cultural nos hospitais, para aumentar o nível de inteligência cultural dos enfermeiros e a habilidade de comunicação intercultural; - Incentivo à prestação de cuidados a doentes de diferentes culturas, como forma de ganho de competência cultural;
Majda, Cupak, Puchala & Barzykowski, (2021)	Medir e avaliar as competências culturais e a inteligência	Estudo Misto, com aplicação de 3 tipos de questionários,	- Implementação de cursos de treino de competência cultural nos cursos de licenciatura ou nos cursos de pós-graduação de forma a melhorar a

Polónia	cultural nos profissionais de saúde dos SU	em 709 profissionais de saúde, entre os quais 363 enfermeiros.	compreensão e a comunicação com os doentes de outras nacionalidades; - Disponibilização no SU documentos necessários para os doentes multiculturais, traduzidos para diversos idiomas;
Wojnicka, et al. (2022) Europa	Analisar as necessidades educativas dos enfermeiros intensivistas europeus no que diz respeito aos cuidados multiculturais.	Estudo misto, com aplicação de um questionário online aplicado em 15 países europeus, a 709 profissionais de saúde, entre os quais 363 enfermeiros;	-Frequência por parte dos estudantes de enfermagem de programas de treino prático multicultural - estar em contacto com ambientes culturalmente diversos, através de visitas de estudo ou através da participação nos programas de ERASMUS que aumentam a competência cultural, através da interação com as diferentes culturas;

Apêndice III- Folhetos de Acolhimento do Doente ao Bloco Operatório

Língua Portuguesa

NO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

➤ Tem dor?



➤ A que horas foi a última vez que comeu ?



➤ Tem prótese dentária ?

SIM NAO

➤ Remova todos os adereços (fios, colares, brincos, relógios, prótese dentária, aparelho auditivo, óculos).

➤ Se tiver algum destes adornos deverá informar o enfermeiro.

TODA A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO ESTARÁ DISPONIVEL PARA ESCLARECER AS SUAS DUVIDAS!

Elaborado por: Loredana Mihi, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Dezembro de 2022

GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO



Este guia foi criado, com o objetivo de dar a conhecer as diferentes etapas do seu percurso pelo Bloco Operatório.

Aqui, todos os profissionais estão equipados com vestuário e calçado próprio.



Será recebido por um enfermeiro e um assistente operacional e ser-lhe-á colocada uma touca na cabeça.

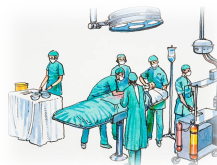


Passará para a marquesa cirúrgica através de um tapete rolante, sem realizar qualquer esforço.



Após alguns minutos entrará para a sala operatória onde se iniciará a anestesia e a cirurgia. Será sempre acompanhado por pessoal médico e de enfermagem

Após a sua entrada na sala de operações, será posicionado e monitorizado, para um controlo regular dos seus sinais vitais



Se for submetido a anestesia geral serão administrados medicamentos que o vão adormecer.



Se for submetido a anestesia loco-regional vão ser administrados medicamentos que permitirão ser operado sem dor.



Após a intervenção cirúrgica será transferido para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos do Bloco Operatório até passar completamente o efeito da anestesia.



Após este período, voltará ao serviço de internamento.

Língua Inglesa

THE DAY OF THE SURGICAL INTERVENTION

➤ Do you have pain?



➤ When was the last time you ate?



➤ Do you have dentures?

YES NO

➤ Remove all jewelry (necklaces, earrings, watches, dentures, hearing aids, glasses).

➤ If you have any of these jewelry you should inform the nurse.

THE WHOLE OPERATING BLOCK TEAM WILL BE AVAILABLE TO ANSWER YOUR QUESTIONS!

RECEPTION GUIDE FOR THE OPERATING ROOM



Elaborado por: Loredana Mihi, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
December de 2022

This guide was created with the aim of making you aware of the different stages of your journey through the Operating Room.

Here, all professionals are equipped with their own clothing and footwear.



You will be received by a nurse and a nursing assistant and a cap will be placed on your head.

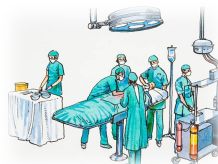


You will move to the surgical table through a conveyor belt, without making any effort.



After a few minutes, you will enter the operating room where anesthesia and surgery will begin. You will always be accompanied by medical and nursing staff

Upon entering the operating room, you will be positioned and monitored for regular checks on your vital signs.



If you are under general anesthesia, you will be given medication to put you to sleep.



If you undergo locoregional anesthesia, medications will be administered that will allow you to have surgery without pain.



After the surgical intervention, you will be transferred to the Post Anesthetic Care Unit of the Operating Room until the effect of the anesthesia completely wears off.



After this period, you will return to the ward.

Língua Francesa

LE JOUR DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

➤ As-tu mal?



➤ À quelle heure avez-vous mangé pour la dernière fois ?



➤ Avez-vous des dentiers?
 QUI NE PAS

➤ Retirez tous les bijoux (fils, colliers, boucles d'oreilles, montres, prothèses dentaires, prothèses auditives, lunettes).

➤ Si vous avez l'un de ces ornements, vous devez en informer l'infirmière.

TOUTE L'ÉQUIPE DU BLOC OPÉRATIONNEL SERA DISPONIBLE POUR RÉPONDRE À VOS DOUTES!

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
 Dezembro 2022

GUIDE D'ACCUEIL DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE



Ce guide a été créé dans le but de faire connaître les différentes étapes de votre parcours au bloc opératoire.

Ici, tous les professionnels sont équipés de leurs propres vêtements et chaussures.



Vous serez reçu par une infirmière et une aide-opératoire et un bonnet vous sera posé sur la tête.

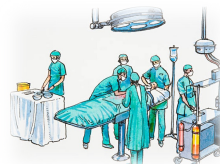


Vous vous déplacerez jusqu'à la table d'opération grâce à un tapis roulant, sans aucun effort.



Après quelques minutes, vous entrerez dans la salle d'opération où débiteront l'anesthésie et la chirurgie. Vous serez toujours accompagné par du personnel médical et soignant

Dès votre entrée dans la salle d'opération, vous serez positionné et surveillé pour des contrôles réguliers de vos signes vitaux.



Si vous êtes sous anesthésie générale, on vous donnera des médicaments pour vous endormir.



Si vous subissez une anesthésie locorégionale, des médicaments vous seront administrés qui vous permettront d'opérer sans douleur.



Après l'intervention chirurgicale, vous serez transféré à l'unité de soins post-anesthésiques du bloc opératoire jusqu'à ce que l'effet de l'anesthésie soit complètement passé.



Passé ce délai, vous retournerez au service d'hospitalisation.

Língua Alemã

AM TAG DES CHIRURGISCHEN EINGRIFFS

➤ Hast du Schmerzen?



➤ Wann hast du das letzte Mal gegessen?



➤ Haben Sie Zahnersatz?

JA NICHT

➤ Legen Sie sämtlichen Schmuck ab (Drähte, Halsketten, Ohrringe, Uhren, Zahnprothesen, Hörgeräte, Brillen).

➤ Wenn Sie eine dieser Verzerrungen haben, sollten Sie die Krankenschwester informieren.

Dieser Leitfaden wurde mit dem Ziel erstellt, die verschiedenen Stationen Ihrer Reise durch den Operationssaal bekannt zu machen.

Hier sind alle Profis mit eigener Kleidung und Schuhen ausgestattet.



Sie werden von einer Krankenschwester und einem OP-Assistenten empfangen und es wird Ihnen eine Haube aufgesetzt.



Über ein Förderband gelangen Sie mühelos zum OP-Tisch.



DAS GESAMTE OP-BLOCK-TEAM STEHT ZUR VERFÜGUNG, UM IHRE ZWEIFEL ZU BEANTWORTEN!

Elaborado por: Loredana Milhu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Dezember 2022

WILLKOMMENSFÜHRER FÜR PATIENTEN IM OP-SAAL



Nach einigen Minuten betreten Sie den Operationssaal, wo die Anästhesie und die Operation beginnen. Sie werden stets von medizinischem und pflegerischem Personal begleitet

Beim Betreten des Operationssaals werden Sie positioniert und überwacht, um Ihre Vitalfunktionen regelmäßig zu überprüfen.



Wenn Sie sich in Vollnarkose befinden, erhalten Sie Medikamente, die Sie einschlafen lassen.



Bei einer lokoregionären Anästhesie werden Medikamente verabreicht, die eine schmerzfreie Operation ermöglichen.



Nach dem chirurgischen Eingriff werden Sie in die Postanästhesiestation des Operationssaals verlegt, bis die Wirkung der Anästhesie vollständig verflogen ist.



Nach dieser Zeit kehren Sie in den stationären Dienst zurück.

Língua Ucrainiana

У ДЕНЬ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

➤ МАЄТЕ БІЛЬ?



➤ О котрій годині ти останній раз їв?



➤ О котрій годині ви останній раз їли?

➤ У вас є зубні протези? ТАК НІ

➤ Зніміть усі прикраси (намисти, сережки, годинники, зубні протези, слухові апарати, окуляри).

➤ Якщо у вас є якісь із цих прикрас, ви повинні повідомити про це медсестру.

Цей посібник було створено з метою ознайомлення з різними етапами вашої подорожі через операційну.

Тут усі професіонали екіповані власним одягом та взуттям.



Вас приймуть медсестра та операційний фельдшер, а на голову одягнуть шапочку.



До хірургічного столу ви будете переходити конвеєром, не докладаючи жодних зусиль.



ВСЯ КОМАНДА ОПЕРАЦІЙНОГО БЛОКУ БУДЕ ДОСТУПНА, ЩОБ ВІДПОВІСТИ НА ВАШІ СУМНІВИ!

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Грудень 2022

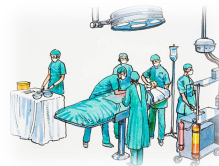


ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ В ОПЕРАЦІЙНУ



Через кілька хвилин ви потрапите в операційну, де розпочнеться анестезія та операція. Вас завжди супроводжуватиме медичний та медсестринський персонал

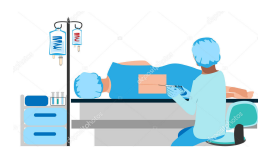
Після входу в операційну вас розмістять і спостерігатимуть за вашими життєво важливими показниками.



Якщо ви перебуваєте під загальним наркозом, вам дадуть ліки, щоб заснути.



Якщо вам проводять локальну анестезію, будуть введені ліки, які дозволять вам оперувати без болю.



Після хірургічного втручання вас переведуть у відділення доанестезіологічного лікування операційної до повного зникнення дії анестезії.



Після цього періоду ви повернетесь до стаціонарного лікування.

Língua Russa

ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- Больно ли вам?



- Когда вы в последний раз ели?



- У вас есть зубные протезы?

Да нет

- Снимите все украшения (ожерелья, серьги, часы, зубные протезы, слуховые аппараты, очки).

- Если у вас есть какие-либо из этих украшений, вы должны сообщить об этом медсестре.

Это руководство было создано с целью ознакомления с различными этапами вашего путешествия по операционной.

Здесь все профессионалы оснащены собственной одеждой и обувью.



Вас примет медсестра и операционный ассистент, и вам на голову наденут шапочку.



Вы будете двигаться к операционному столу по конвейерной ленте, не прилагая никаких усилий.



ВСЯ КОМАНДА ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА БУДЕТ ОТВЕЧАТЬ НА ВАШИ ВОПРОСЫ !

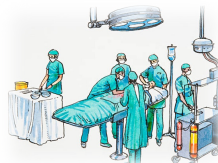
Elaborado por: Loredana Milhu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Декабрь de 2022

ПАЦИЕНТ ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ОПЕРАЦИОННУЮ



Через несколько минут вы попадете в операционную, где начнется анестезия и операция. Вас всегда будет сопровождать медицинский и медсестринский персонал

Войдя в операционную, вы будете помещены и будут контролироваться для регулярных проверок ваших жизненно важных показателей.



Если вы находитесь под общим наркозом, вам дадут лекарство, чтобы вы заснули.



Если вам сделают местно- локальную анестезию, вам введут лекарства, которые позволят вам оперировать без боли.



После хирургического вмешательства Вас переведут в отделение посленаркозной помощи операционной до полного исчезновения действия анестезии.



По истечении этого периода вы вернетесь к стационарному обслуживанию.

Língua Romena

ÎN ZIUA INTERVENȚIEI CHIRURGICALE

- Aveți dureri?



- La ce oră ați mâncat ultima dată?



- Aveți proteze dentare?
DA NU

- Scoateți toate bijuteriile (coliere, cercei, ceasuri, proteze dentare, aparate auditive, ochelari)

- Dacă aveți oricare dintre aceste bijuterii, trebuie să informați asistenta medicală.

Acest ghid a fost creat cu scopul de a face cunoscute diferitele etape ale călătoriei dumneavoastră prin Sala de Operație.

Aici, tot personalul medical este echipat cu echipamentul adecvat secției noastre.



Vei fi primit de o asistenta medicala si un infirmier si o sa va acopere capul cu o boneta.



Te vei deplasa la masa chirurgicala printr-o banda transportoare, fără a depune niciun efort.



TOATA ECHIPA BLOCULUI DE OPERAȚII VA FI DISPONIBILĂ PENTRU A RĂSPUNDE LA TOATE NEVOILE DVS.!

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Decembrie de 2022

GHID DE PREZENTARE A PACIENTULUI ÎN SALA DE OPERAȚIE



Pentru anestezia locoregionala itii vor fi administrate medicamente care nu va vor adormi, dar nu o sa simți durere.



După intervenția chirurgicală, veți fi transferat la Compartimentul de Îngrijire Postoperatorii a Blocului de Operație până la trecerea completă a efectului anesteziei.



După această perioadă, veți reveni în secția de specialitate.

Língua Nepalesa

सर्जिकल हस्तक्षेपको दिन

➤ के तपाईंलाई दुखाइ छ?



➤ अन्तिम पटक कहिले खानु भएको थियो ?



➤ के तपाईंसँग दाँत छ? हो छैन

➤ सबै गहनाहरू (हार, झुम्का, घडी, दाँत, श्रवण उपकरण, चश्मा) हटाउनुहोस्।

➤ यदि तपाईंसँग यी मध्ये कुनै गहना छ भने तपाईंले नर्सलाई जानकारी दिनुपर्छ।

यो गाइड तपाईंलाई अपरेटिङ रूम मार्फत तपाईंको यात्राका विभिन्न चरणहरू बारे सचेत गराउने उद्देश्यले सिर्जना गरिएको हो।

यहाँ, सबै पेशेवरहरू आफ्नै लुगा र जुता सग ससज्जित छन्।



तपाईंलाई एक नर्स र एक नर्सिङ सहायक द्वारा प्राप्त हुनेछ र तपाईंको टाउकोमा टोपी राखिनेछ।



तपाईं कुनै प्रयास नगरी कन्वेयर बेल्ट मार्फत सर्जिकल टेबलमा जानुहुनेछ।



सम्पूर्ण अपरेटिङ ब्लक टोली तपाईंका प्रश्नहरूको जवाफ दिन उपलब्ध हुनेछ।

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
डिसेम्बर २०२२

अपरेटिङ रूमको लागि रिसेप्शन गाइड



केही मिनेट पछि, तपाईं अपरेटिङ रूममा प्रवेश गर्नुहुनेछ जहाँ एनेस्थेसिया र शल्यक्रिया सुरु हुनेछ। तपाईं सधैं मेडिकल र नर्सिङ स्टाफको साथमा हुनुहुनेछ।

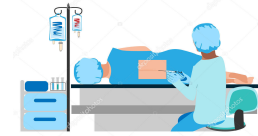
अपरेटिङ रूममा प्रवेश गरेपछि, तपाईंलाई तपाईंको महत्वपूर्ण संकेतहरूमा नियमित जाँचको लागि स्थिति र निगरानी गरिनेछ।



यदि तपाईं सामान्य एनेस्थेसिया अन्तर्गत हुनुहुन्छ भने, तपाईंलाई सुत्नको लागि औषधि दिइनेछ।



यदि तपाईं स्थानीय क्षेत्रीय एनेस्थेसियाबाट गुज्रनुभयो भने, तपाईंलाई दुखाइ बिना शल्यक्रिया गर्न अनुमति दिने औषधिहरू प्रशासित गरिनेछ।



सर्जिकल हस्तक्षेप पछि, तपाईंलाई एनेस्थेसियाको प्रभाव पूर्ण रूपमा समाप्त नभएसम्म अपरेटिङ रूमको पोस्ट एनेस्थेटिक केयर युनिटमा सारिनेछ।



यस अवधि पछि, तपाईं वार्डमा फर्कनुहुनेछ।

Língua Italiana

IL GIORNO DELL'INTERVENTO CHIRURGICO



- A che ora è stata l'ultima volta che hai mangiato?



- Hai la dentiera?

SÌ NON

- Rimuovere tutti i gioielli (filii, collane, orecchini, orologi, dentiere, apparecchi acustici, occhiali).
- Se hai qualcuno di questi ornamenti, dovresti informare l'infermiera.

UTTO IL TEAM DEL BLOCCO OPERATIVO SARA' A DISPOSIZIONE PER RISPONDERE AI TUOI DUBBI!

Elaborado por: Loredana Mihai, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Dezembro de 2022

GUIDA ALL'ACCOGLIENZA PER LA SALA OPERATORIA



Questa guida nasce con l'obiettivo di far conoscere le diverse tappe del tuo percorso in Sala Operatoria.

Qui tutti i professionisti sono dotati di abbigliamento e calzature proprie.



Sarai ricevuto da un infermiere e da un assistente operatorio e ti verrà messo un berretto in testa.

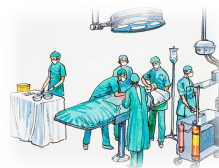


Ti sposterai sul tavolo operatorio attraverso un nastro trasportatore, senza fare alcuno sforzo.



Dopo pochi minuti, entrerà nella sala operatoria dove inizieranno l'anestesia e l'intervento chirurgico. Sarai sempre accompagnato da personale medico e infermieristico.

All'ingresso in sala operatoria verrete posizionati e monitorati per regolari controlli dei parametri vitali.



Se sei in anestesia generale, ti verranno somministrati farmaci per addormentarti.



Se ti sottoponi ad anestesia locoregionale, ti verranno somministrati dei farmaci che ti permetteranno di operare senza dolore.



Dopo l'intervento chirurgico, verrai trasferito all'Unità di cura post-anestesia in sala operatoria fino a quando l'effetto dell'anestesia non svanirà completamente.



Dopo questo periodo, tornerai al servizio di ricovero.

सर्जिकल हस्तक्षेप के दिन

➤ क्या आपको दर्द है?



➤ आपने आखिरी बार किस समय खाया था?



➤ क्या आपके पास डेन्चर है?
हां नहीं

➤ सभी गहने (तार, हार, झुमके, घड़ियां, डेन्चर, श्रवण यंत्र, चश्मा) हटा दें।

➤ यदि आपके पास इनमें से कोई भी अलंकरण है, तो आपको नर्स को सूचित करना चाहिए।

आपकी शंकाओं का उत्तर देने के लिए पूरी ऑपरेटिंग ब्लॉक टीम उपलब्ध होगी!

ऑपरेटिंग रूम के लिए रोगी स्वागत गाइड



Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Dezembro de 2022

इस गाइड को ऑपरेटिंग रूम के माध्यम से आपकी यात्रा के विभिन्न चरणों से अवगत कराने के उद्देश्य से बनाया गया था।

यहां, सभी पेशेवर अपने कपड़ों और जूतों से लैस हैं।



आपका स्वागत एक नर्स और एक ऑपरेशन सहायक द्वारा किया जाएगा और आपके सिर पर एक टोपी लगाई जाएगी।



आप बिना किसी प्रयास के एक कन्वेयर बेल्ट के माध्यम से सर्जिकल टेबल पर चले जाएंगे।



कुछ मिनटों के बाद, आप ऑपरेटिंग रूम में प्रवेश करेंगे जहां एनेस्थीसिया और सर्जरी शुरू होगी। आपके साथ हमेशा मेडिकल और नर्सिंग स्टाफ रहेगा।

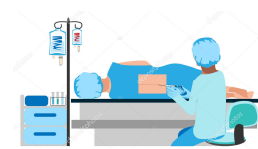
ऑपरेटिंग रूम में प्रवेश करने पर, आपको तैनात किया जाएगा और आपके महत्वपूर्ण संकेतों पर नियमित जांच के लिए निगरानी की जाएगी।



यदि आप सामान्य संज्ञाहरण के तहत हैं, तो आपको सोने के लिए दवा दी जाएगी।



यदि आप स्थानीय संज्ञाहरण से गुजरते हैं, तो दवाएं दी जाएंगी जो आपको बिना दर्द के काम करने की अनुमति देंगी।



सर्जिकल हस्तक्षेप के बाद, आपको ऑपरेटिंग रूम में पोस्ट एनेस्थेटिक केयर यूनिट में स्थानांतरित कर दिया जाएगा, जब तक कि एनेस्थीसिया का प्रभाव पूरी तरह से समाप्त न हो जाए।



इस अवधि के बाद, आप भर्ती रोगी सेवा में वापस आ जाएंगे।

Língua Hindu

ਸਰਜੀਕਲ ਦਖਲ ਦੇ ਦਿਨ

➤ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੈ?



➤ ਤੁਸੀਂ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਕਦੋਂ ਖਾਧਾ ਸੀ?



➤ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੰਦ ਹਨ?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

➤ ਸਾਰੇ ਗਹਿਣੇ (ਤਾਰ, ਹਾਰ, ਮੁੰਦਰਾ, ਘੜੀਆਂ, ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਦੰਦ, ਸੁਣਨ ਦੇ ਸਾਧਨ, ਐਨਕਾਂ) ਹਟਾਓ।

➤ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿੰਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਰਸ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਪੂਰੀ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਬਲਾਕ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੰਕਿਆਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇਗੀ।

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques
Dezembro de 2022

ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਸੁਆਗਤ ਗਾਈਡ



ਇਹ ਗਾਈਡ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯਾਤਰਾ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੜਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣੂ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ।

ਇੱਥੇ, ਸਾਰੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਆਪਣੇ ਕੱਪੜੇ ਅਤੇ ਜੁੱਤੀਆਂ ਨਾਲ ਲੈਸ ਹਨ।



ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਨਰਸ ਅਤੇ ਇੱਕ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਸਹਾਇਕ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਟੋਪੀ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ।

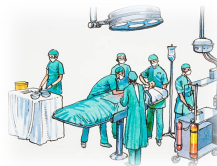


ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੇ ਕਨਵੇਅਰ ਬੈਲਟ ਰਾਹੀਂ ਸਰਜੀਕਲ ਟੇਬਲ 'ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਓਗੇ।



ਕੁਝ ਮਿੰਟਾਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਵੋਗੇ ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਹਮੇਸ਼ਾ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਸਟਾਫ਼ ਮੌਜੂਦ ਰਹੇਗਾ।

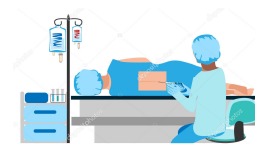
ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਸੰਕੇਤਾਂ 'ਤੇ ਨਿਯਮਤ ਜਾਂਚਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।



ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੋਣ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।



ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਲੋਕੇਰੀਜਨਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਤੋਂ ਗੁਜ਼ਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣਗੀਆਂ।



ਸਰਜੀਕਲ ਦਖਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਪੋਸਟ ਐਨੇਸਥੀਟਿਕ ਕੈਅਰ ਯੂਨਿਟ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ।



ਇਸ ਮਿਆਦ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਦਾਖਲ ਮਰੀਜ਼ ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਓਗੇ।

Apêndice IV- Tapete de Rato com o tema “Estratégias para a Prevenção do Delirium no Doente Crítico”

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO DELÍRIUM NO DOENTE CRÍTICO

ORIENTAÇÃO

- Promover um ambiente calmo e confortável;
- Incluir elementos orientadores como calendários, relógios, fotografias de familiares;
- Minimizar mudanças nos profissionais que interagem com o doente;
- Incentivar a presença de familiares ou pessoas significativas;

AUDIÇÃO E VISÃO

- Facilitar a utilização de próteses oculares e auditivas;

HIDRATAÇÃO

- Incentivar a ingestão de água;
- Evitar a ingestão de bebidas estimulantes;

SONO

- Promover a exposição à luz natural durante o dia;
- Diminuir as luzes e os níveis de ruído para facilitar o sono;
- Diminuir o ruído e a sobrecarga sensorial;

MOBILIZAÇÃO E ATIVIDADE

- Incentivar a atividade física e promover a autonomia nas AVD;
- Incentivar a mobilização precoce;
- Evitar a contenção física;

DOR

- Monitorização e controlo adequado da dor;

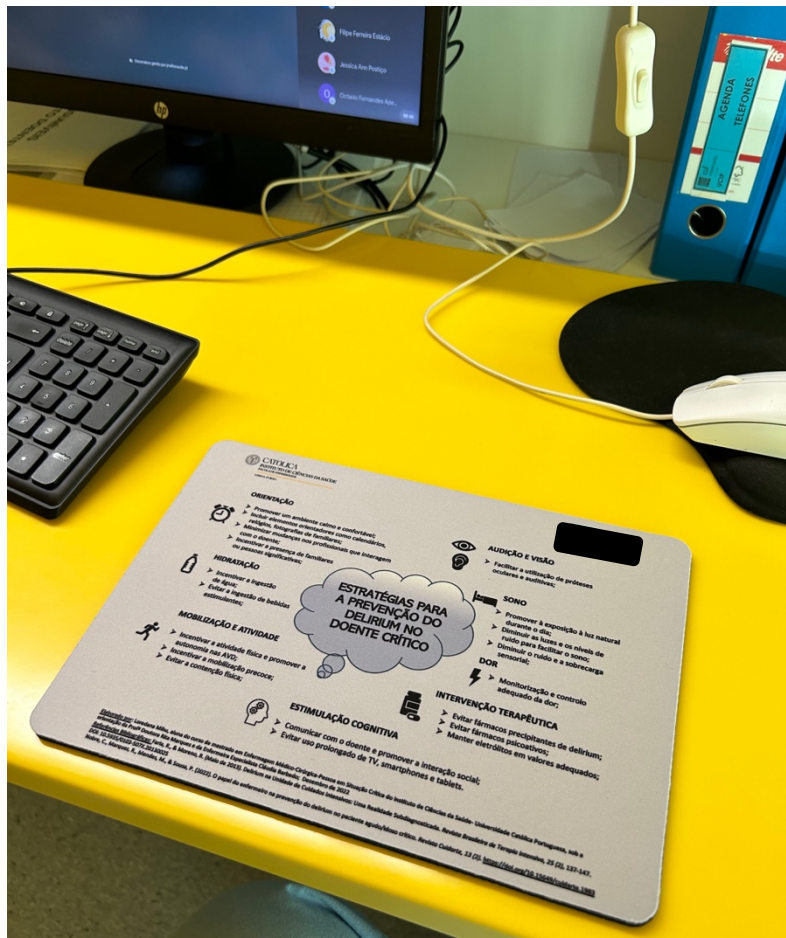
INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA

- Evitar fármacos precipitantes de delírium;
- Evitar fármacos psicoativos;
- Manter eletrólitos em valores adequados;

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

- Comunicar com o doente e promover a interação social;
- Evitar uso prolongado de TV, smartphones e tablets.

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques .Dezembro de 2022
Referências Bibliográficas: Faria, R., & Moreno, R. (Maio de 2013). Delírium na Unidade de Cuidados Intensivos: Uma Realidade Subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25 (2), 137-147. DOI: 10.5935/0103-507X.20130025
Nobre, C., Marques, R., Mendes, M., & Sousa, P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delírium no paciente agudo/doso crítico. *Revista Cuidarte*, 13 (2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

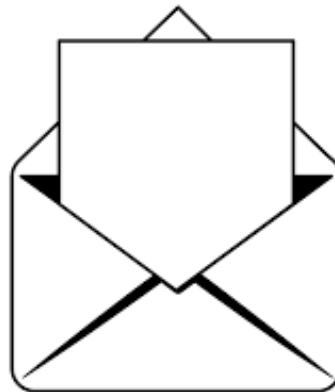


Apêndice V

Documento informativo e ilustrativo, traduzido para várias línguas.

Língua Francesa

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Prof^a Doutora Rita Marques.



Frente

Francês,

**CLIGNER DES YEUX UNE FOIS SIGNIFIE OUI
OUCLIGNOTANT DEUX FOIS SIGNIFIE NON**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA
NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Francês,

VOUS ÊTES HOSPITALISÉ DANS L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE L'HÔPITAL ...À LISBONNE PORTUGAL

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

VOCE ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL....

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

**PENDANT QUE VOUS ÊTES INTUBÉ, VOUS NE
POURREZ PAS
COMMUNIQUER C'EST NORMAL!**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Em Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

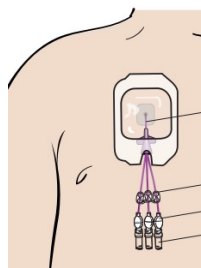


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês

LE MÉDECIN VA PLACER UN CATHÉTER POUR L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS !

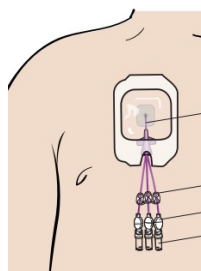


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!

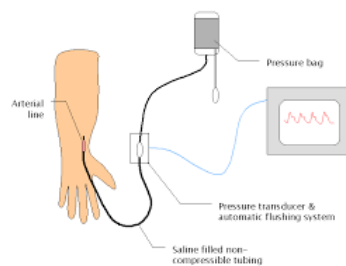


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês

LE MÉDECIN PLACERA UN CATHÉTER DANS L'ARTÈRE RADIALE/FÉMURALE POUR MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE

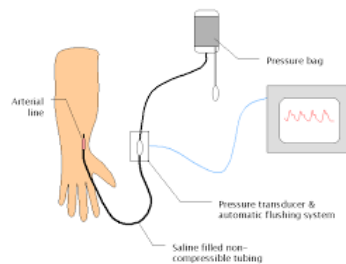


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMURAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

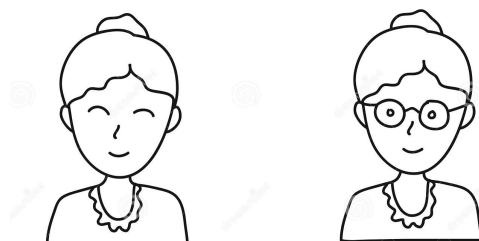


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

TU VEUX TES LUNETTES ?

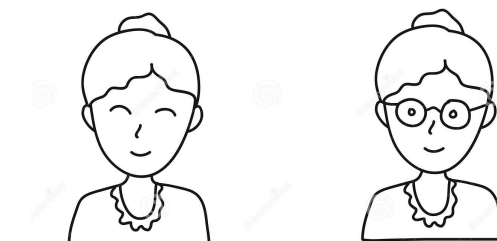


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

VOUS VOULEZ UTILISER LA BASSINE DE LIT ?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?

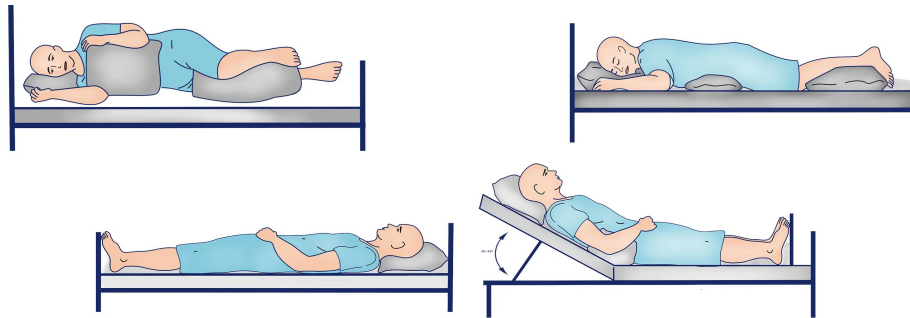


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês ,

VOULEZ-VOUS ÊTRE POSITIONNÉ AU LIT?

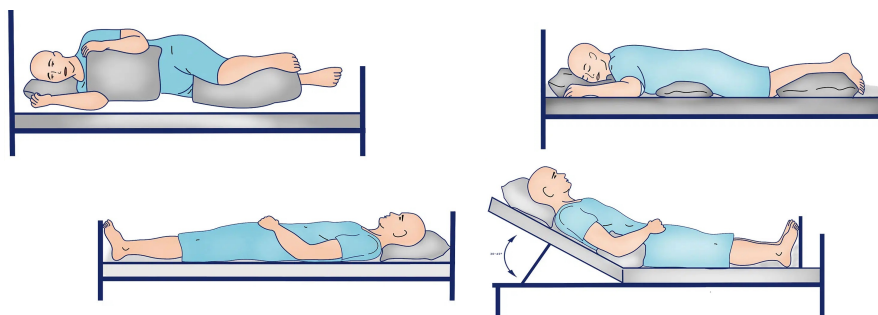


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

**C'EST DEJA LA NUIT
ESSAYEZ DE VOUS REPOSE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso


Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENTE DESCANSAR**









Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Francês,

RESSENTIR DE LA DOULEUR?


     

0 **2** **4** **6** **8** **10**

Douleur Absente **Douleur Extrêmement Intense**







Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

TEM DOR ?

0 **2** **4** **6** **8** **10**

Ausência de dor **Dor máxima**

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

**L'HEURE DE LA VISITE EST A 13H !
UNE SEULE VISITE AVEC LE PATIENT EST
AUTORISÉE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**A HORA DA VISITA É AS 13H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE**

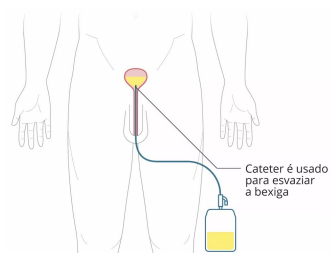


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Francês,

**IL Y A UN TUBE DANS LE MEATUM URINAIRE,
OÙ L'URINE SORT.**

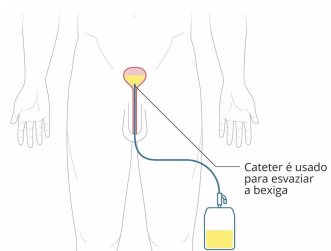


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

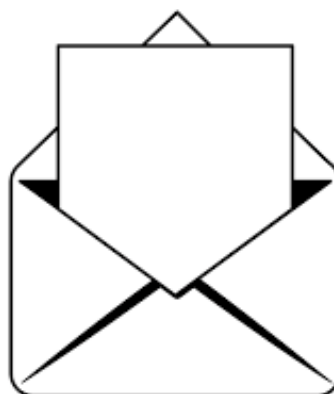
**TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR
ONDE SAI A URINA.**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Língua Inglesa

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques



Frente

Inglês,

**BLINKING YOUR EYES ONCE MEANS YES OR
BLINKING TWICE MEANS NO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Inglês,

**YOU ARE HOSPITALIZED IN THE INTENSIVE
CARE UNIT AT HOSPITAL IN LISBON
PORTUGAL**

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

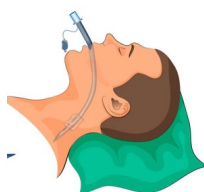
**ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS DO HOSPITAL ...**

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ingles,

**WHILE INTUBATED YOU WILL NOT BE ABLE
TO COMMUNICATE
IT'S NORMAL!**

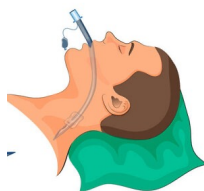


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

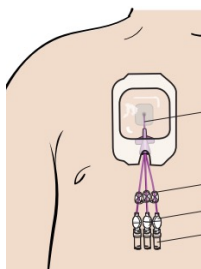


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

A CATHETER IS GOING TO BE INSERTED BY THE DOCTOR FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICATION

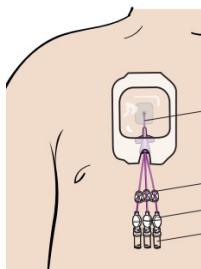


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!

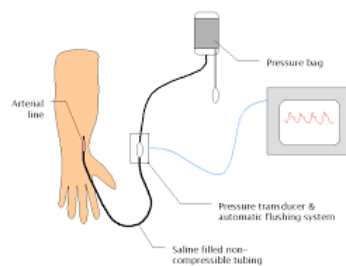


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês

A CATHETER IS GOING TO BE INSERTED BY THE DOCTOR INTO THE RADIAL/FEMORAL ARTERY TO MEASURE BLOOD PRESSURE

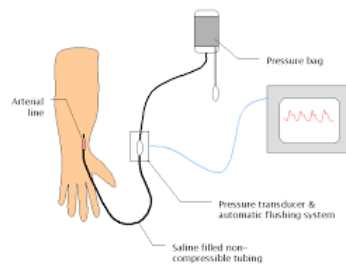


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMORAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

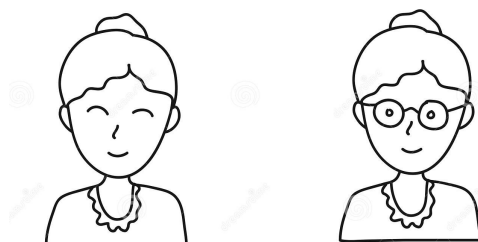


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

WANT YOUR GLASSES?

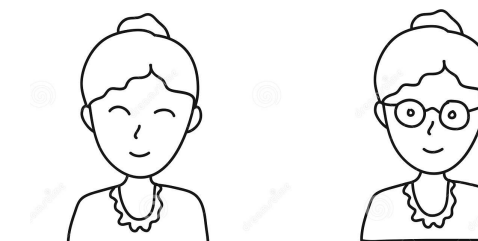


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

NEED THE BEDPAN ?



© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?



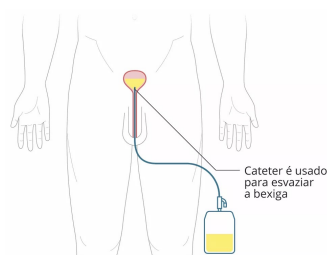
© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

**THE URINARY MEATUS HAS A TUBE, WHERE
THE URINE COMES OUT.**

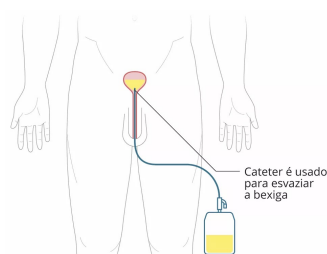


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR
ONDE SAI A URINA.**

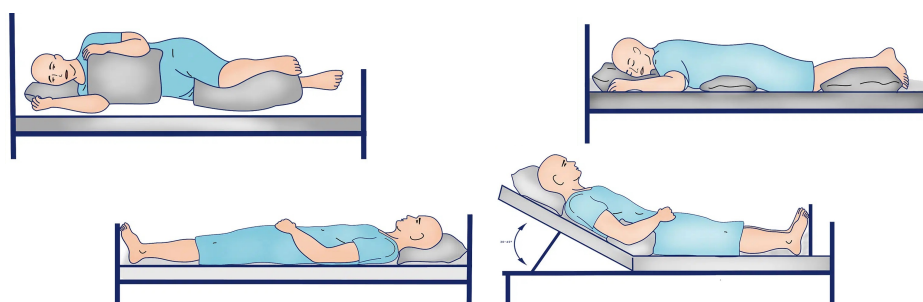


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

WANT TO BE POSITIONATED IN BED ?

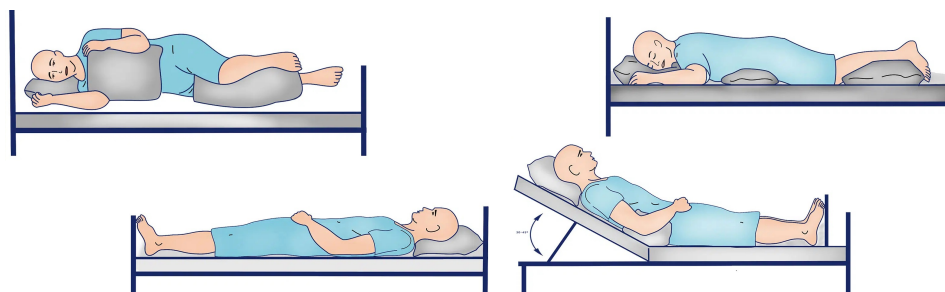


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO NO LEITO?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

**IT'S NIGHT ALREADY
TRY TO REST**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso


Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENTE DESCANSAR**




Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Inglês,


DO YOU HAVE PAIN?


0 2 4 6 8 10

No Hurt Worst Hurt


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

TEM DOR ?


0 2 4 6 8 10

Ausência de dor Dor máxima

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Inglês,

**VISITING HOURS STARTS AT 1PM!
ONLY ONE VISIT IS ALLOWED PER PATIENT**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

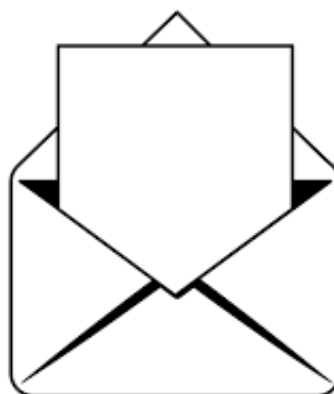
**A HORA DA VISITA É AS 13H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Língua Italiana

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques;



Frente

Italiano

**BATTERE LE PALPEBRE UNA VOLTA SIGNIFICA
SÌ OLAMPEGGIARE DUE VOLTE SIGNIFICA NO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA
NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

SEI RICOVERATO NELL'UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA DEL ...HOSPITAL DI LISBONA PORTOGALLO

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

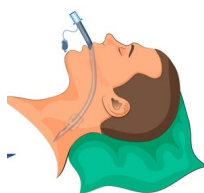
VOCE ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITALLISBOA

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

**MENTRE INTUBATO NON SARAI IN GRADO
DI COMUNICARE
È NORMALE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

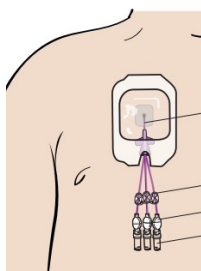


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano

IL DOTTORE STA PER POSIZIONARE UN CATETERE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO!

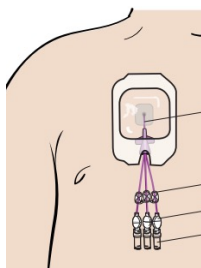


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!

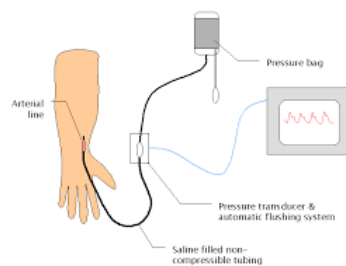


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano

IL MEDICO INSERIRÀ UN CATETERE NELL'ARTERIA RADIALE/FEMURALE PER MISURARE LA PRESSIONE SANGUIGNA

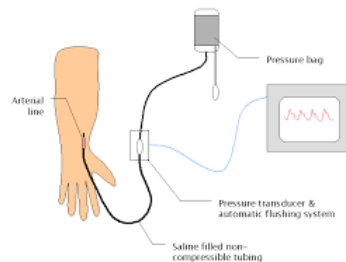


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMURAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

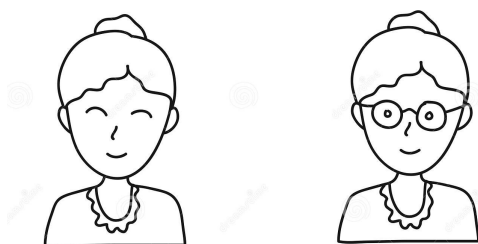


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

VUOI I TUOI OCCHIALI?

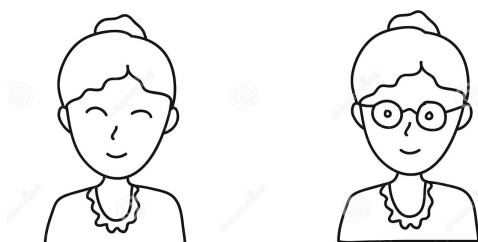


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

BISOGNO DI USARE LA PADELLA SANITÁRIA?



© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?



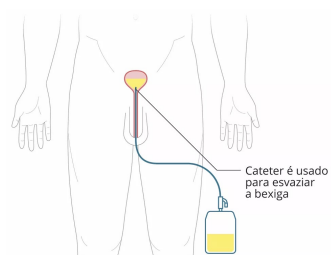
© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

**C'È UN TUBO NEL MEATO URINARIO,
DA DOVE ESCE L'URINA.**

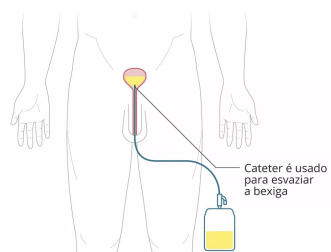


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR
ONDE SAI A URINA.**

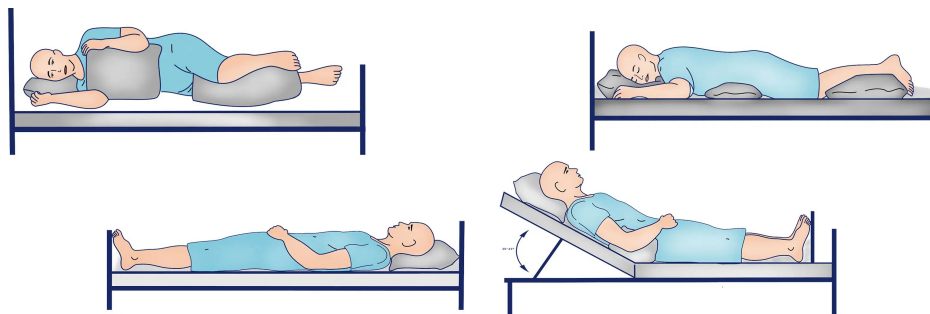


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

VUOI CAMBIARE POSIZIONE A LETTO?

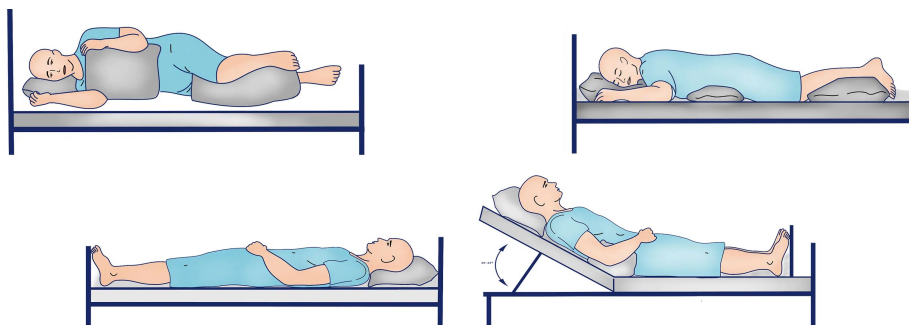


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

**È GIÀ NOTTE!
PROVA A RIPOSARE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso


Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENDE DESCANSAR**




Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Italiano,

SENTIRE DOLORE?




0 **2** **4** **6** **8** **10**

Nessun Dolore Dolore molto forte


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

TEM DOR ?



0 **2** **4** **6** **8** **10**

Ausência de dor Dor máxima

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Italiano,

**L'ORARIO DI VISITA È ALLE 13:00!
È CONSENTITA UNA SOLA VISITA
PER PAZIENTE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

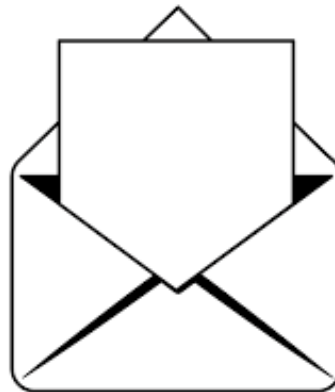
**A HORA DA VISITA É AS 13H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Língua Alemã

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Prof^a Doutora Rita Marques;



Frente

Alemão,

**MIT DEN AUGEN BLINZELN EINMAL BEDEUTET
JA ODER
ZWEIMAL BLINKEN BEDEUTET NEIN**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA
NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Alemão,

SIE WERDEN IN DER INTENSIVSTATION DES KRANKENHAUSESIN LISSABON PORTUGAL KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

VOCE ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL ...LISBOA

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

**WÄHREND DER INTUBIERUNG KÖNNEN SIE
NICHT KOMMUNIZIEREN
ES IST NORMAL!**

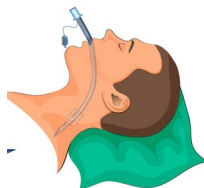


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

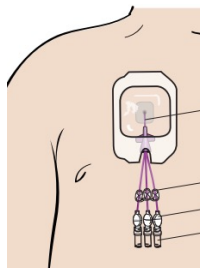


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão

DER ARZT WIRD EINEN KATHETER FÜR DIE VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN PLATZIEREN

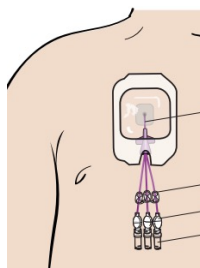


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!

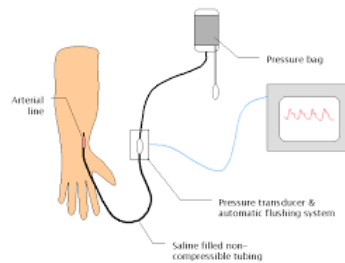


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão

DER ARZT PLATZIERT EINEN KATHETER IN DIE RADIAL-/FEMURALARTERIE, UM DEN BLUTDRUCK ZU MESSEN

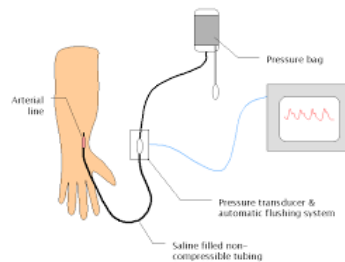


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMURAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

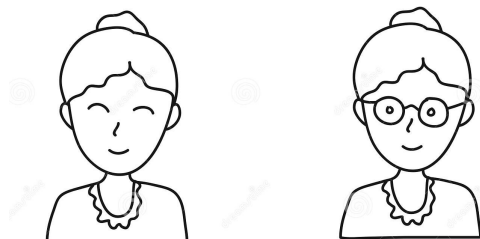


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

WILLST DU DEINE BRILLE?

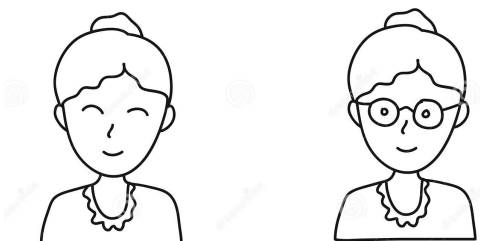


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

BRAUCHE DIE BETTPFANNE?



© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?



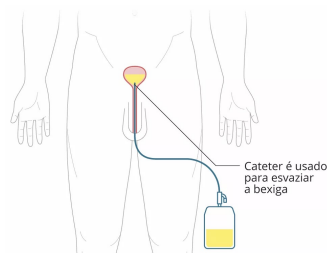
© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

**ES GIBT EINE RÖHRE IM HARN-MEATUM, WO
DER URIN HERAUSKOMMT.**

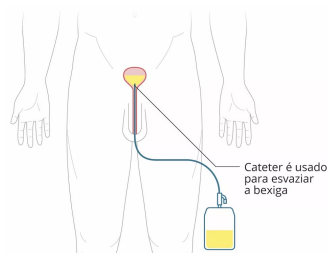


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR
ONDE SAI A URINA.**

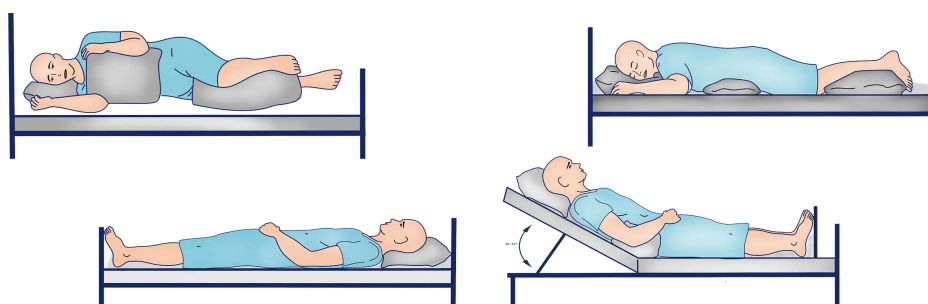


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

WOLLEN SIE IHRE POSITION IM BETT ÄNDERN?

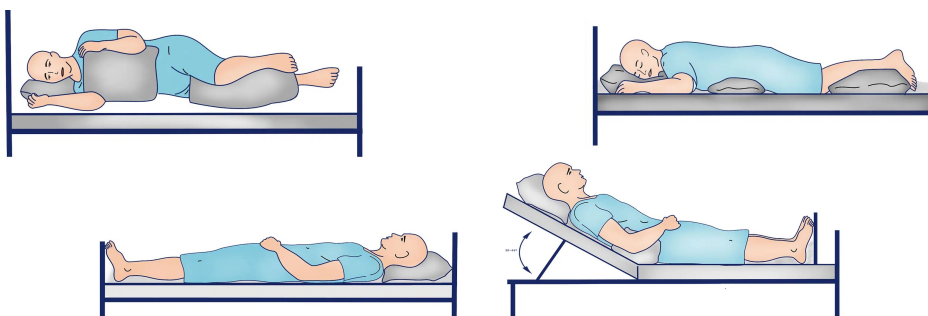


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO NO LEITO?



Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão

**ES IST BEREITS NACHT
VERSUCH ZU SCHLAFEN**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENDE DESCANSAR**

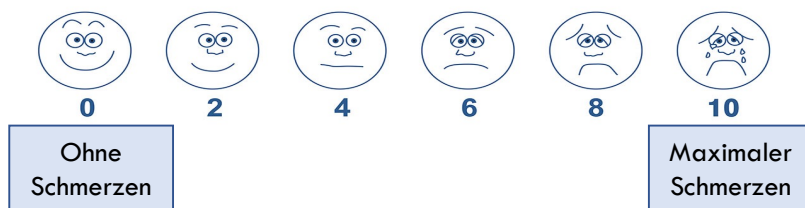


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

HAST DU SCHMERZEN?

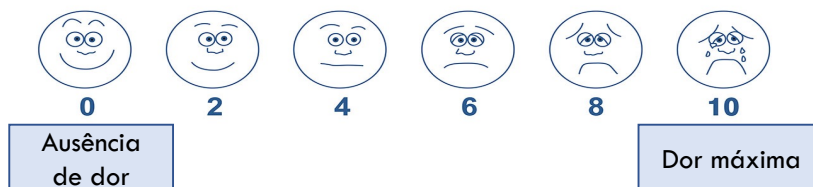


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

TEM DOR ?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Alemão,

**BESUCHSZEIT IST UM 13 UHR!
PRO PATIENT IST NUR EIN BESUCH ERLAUBT**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

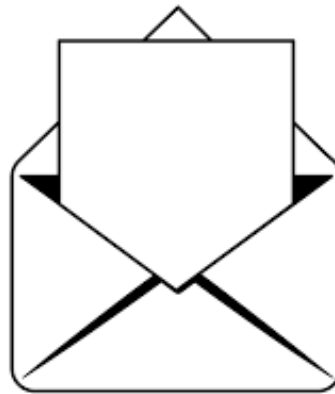
**A HORA DA VISITA É AS 13H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Língua Ucrainiana

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Prof^a Doutora Rita Marques;



Frente

Ucraniano,

**МОРГНУТИ ОЧИМА ОДИН РАЗ
ОЗНАЧАЄ ТАК АБО
МОРГНУТИ ДВІЧІ ОЗНАЧАЄ НІ**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA
NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente



Ucraniano,

**ВИ ГОСПІТАЛІЗОВАНІ В ВІДДІЛЕНІ
ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЛІКАРНІВ ЛІСАБОНІ,
ПОРТУГАЛІЯ**

Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso



Português,

**VOCE ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL
LISBOA**

Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano

**ПІД ЧАС ІНТУБАЦІЇ ВИ НЕ ЗМОЖЕТЕ
СПІЛКУВАТИСЯЦЕ НОРМАЛЬНО!**

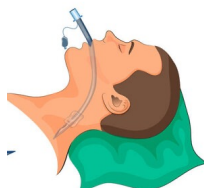


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

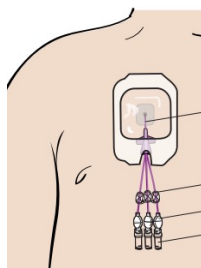


Elaborado por: Loredana Mihi, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano

**ЛІКАР ЗБИРАЄТЬСЯ ВСТАВИТИ КАТЕТЕР ДЛЯ
ВВЕДЕННЯ ЛІКІВ!**

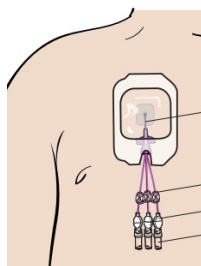


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA
A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!**

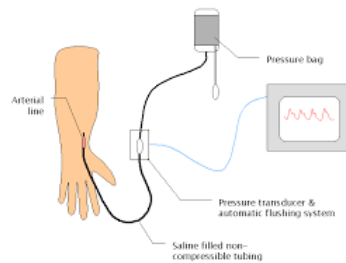


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

ЛІКАР ВСТАНОВИТЬ КАТЕТЕР У ПРОМЕНЕВУ/СТЕГНОВУ АРТЕРІЮ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ КРОВ'ЯНОГО ТИСКУ

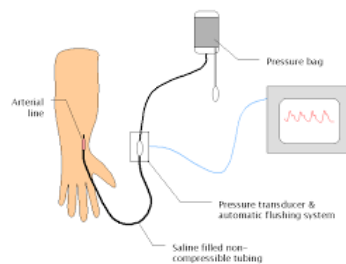


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMURAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

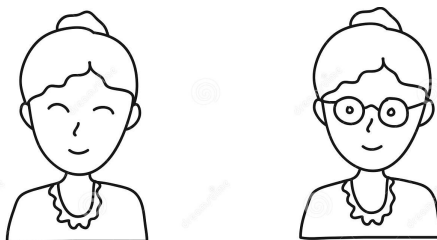


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

ХОЧЕШ СВОЇ ОКУЛЯРИ?

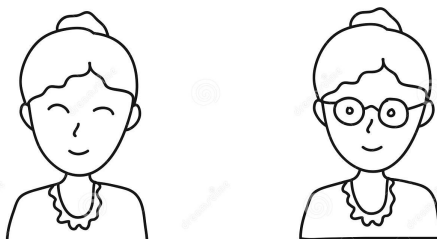


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

Вам потрібен підліжник?



© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?



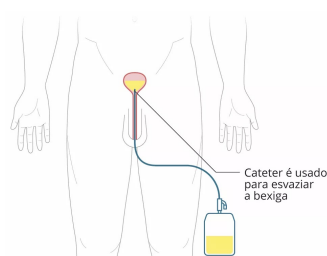
© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano ,

У СЕЧОВІЙ РІДИНИ Є ТРУБКА, КУДИ ВИХОДИТЬ СЕЧА.

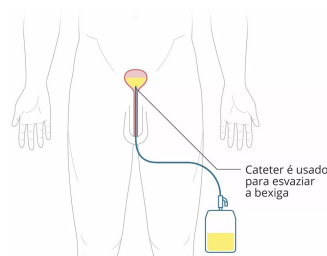


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR ONDE SAI A URINA.

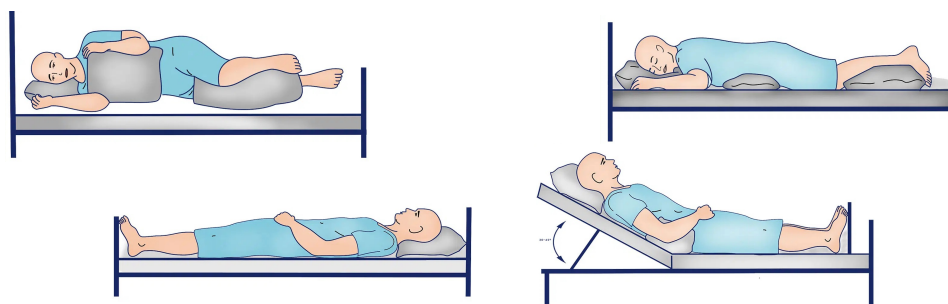


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

ХОЧЕТЕ ЗМІНИТИ СВОЄ ПОЛОЖЕННЯ в ліжку?

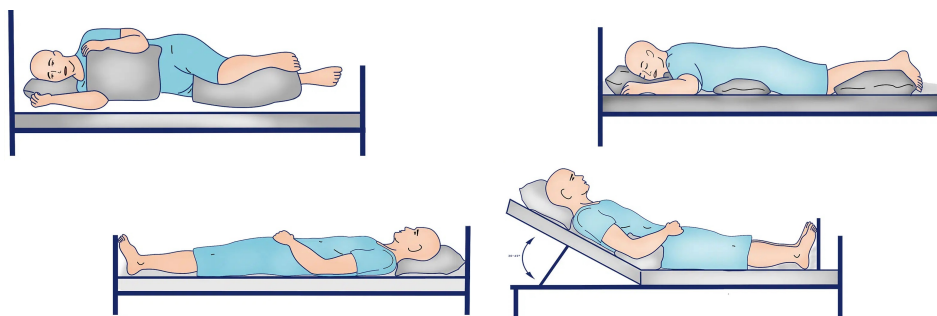


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO ?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

**ВЖЕ НІЧ
Спробуй спати**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENTE DESCANSAR**

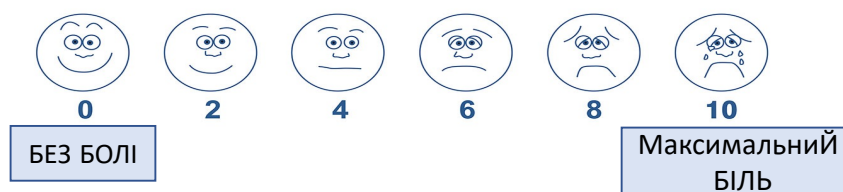


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

МАЄТЕ БІЛЬ?

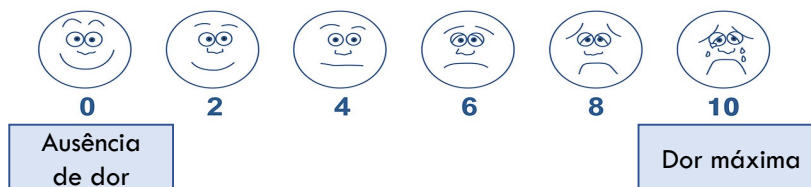


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

TEM DOR ?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Ucraniano,

ЧАС ВІДВІДУВАННЯ 13:00!
одному пацієнту дозволено лише одне
відвідування



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

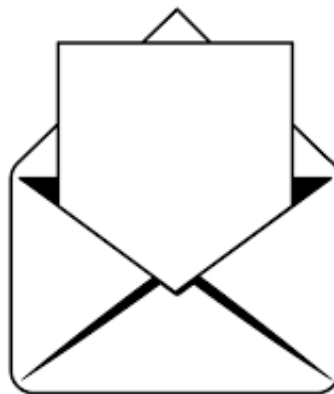
A HORA DA VISITA É AS 13H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Língua Russa

Elaborado por: Loredana Mihu, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Doutora Rita Marques;



Frente

Russo,

**МОРГНУТЬ ГЛАЗАМИ ОДИН РАЗ ЗНАЧИТ ДА
ИЛИ
МИГАНИЕ ДВА РАЗА ОЗНАЧАЕТ НЕТ**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**PISCAR OS OLHOS UMA VEZ SIGNIFICA SIM OU
PISCAR OS OLHOS DUAS VEZES SIGNIFICA
NÃO**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

**ВЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ В ОТДЕЛЕНИИ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНИЦЫ..... В
ЛИССАБОНЕ, ПОРТУГАЛИЯ**

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**VOCE ESTÁ INTERNADO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL
....LISBOA**

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

**ВО ВРЕМЯ ИНТУБАЦИИ ВЫ НЕ СМОЖЕТЕ
ОБЩАТЬСЯ ЭТО НОРМАЛЬНО!**

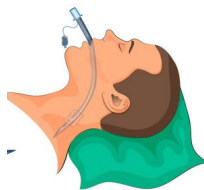


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**ENQUANTO ESTIVER ENTUBADO NÃO
CONSEGUIRÁ COMUNICAR
É NORMAL!**

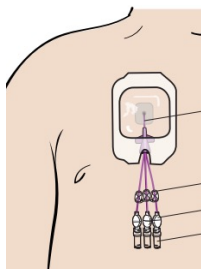


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo

ВРАЧ ПОСТАВИТ КАТЕТЕР ДЛЯ ВВОДА ЛЕКАРСТВ!

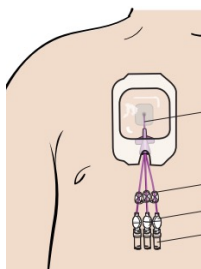


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO!

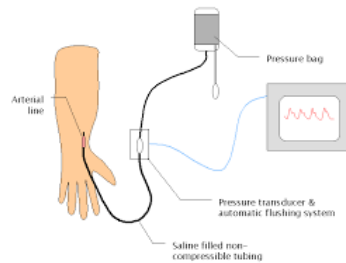


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

ВРАЧ УСТАНОВИТ КАТЕТЕР В ЛУЧЕВУЮ/БЕДРЕННУЮ АРТЕРИЮ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ

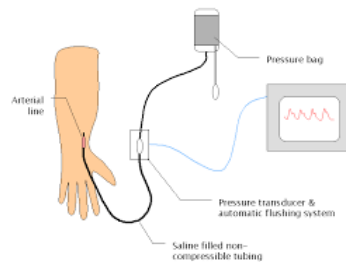


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

O MÉDICO VAI COLOCAR UM CATETER NA ARTÉRIA RADIAL/FEMURAL, PARA MEDIR A TENSÃO ARTERIAL

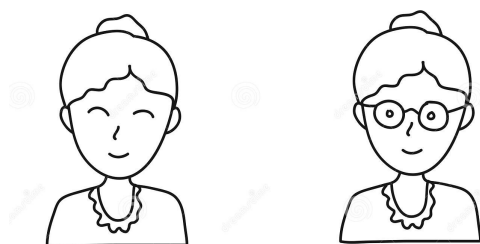


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

ХОЧЕШЬ СВОИ ОЧКИ?

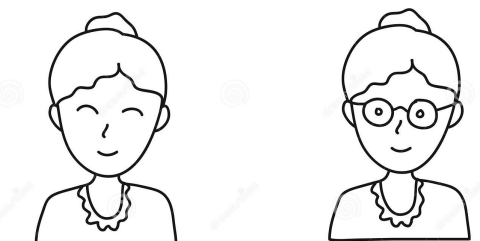


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER COLOCAR OS SEUS ÓCULOS?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

Вам нужно судно?



© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER UTILIZAR A ARRASTADEIRA?



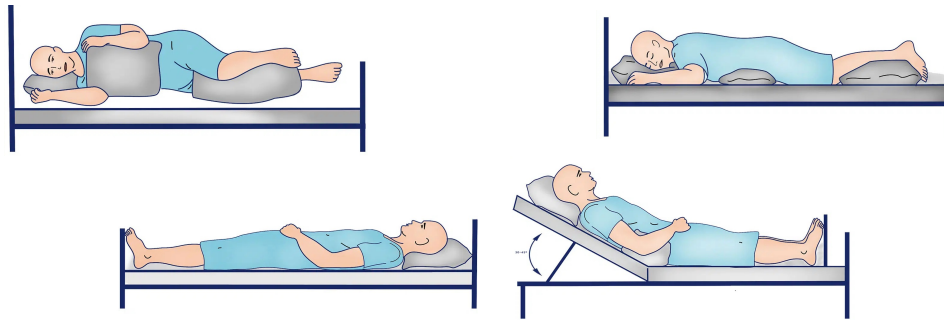
© Healthwise, Incorporated

Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

ХОТИТЕ ИЗМЕНИТЬ СВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В кровати ?

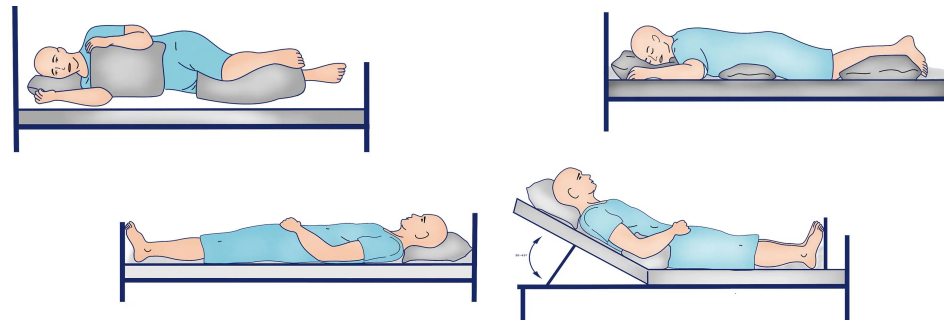


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

QUER SER POSICIONADO?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

**УЖЕ НОЧЬ
ПОПРОБУЙ УСНУТЬ**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**JÁ É DE NOITE!
TENTE DESCANSAR**

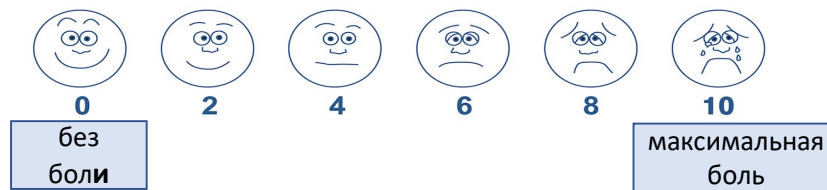


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

БОЛЬ?

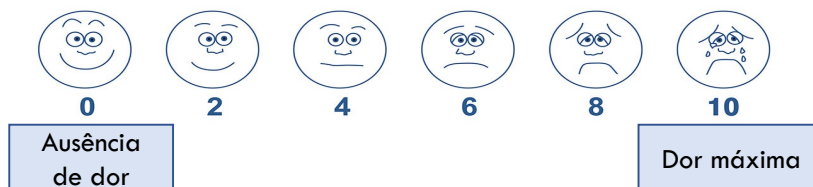


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

TEM DOR ?



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

**ВРЕМЯ ПОСЕЩЕНИЯ В 13:00!
разрешено только одно посещение на одного
пациента**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**A HORA DA VISITA É AS 15H!
É PERMITIDO APENAS A PRESENÇA DE UMA
VISITA POR DOENTE**

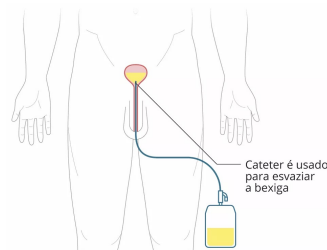


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Frente

Russo,

**В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ЕСТЬ ТРУБКА, ОТКУДА
ВЫХОДИТ МОЧА.**

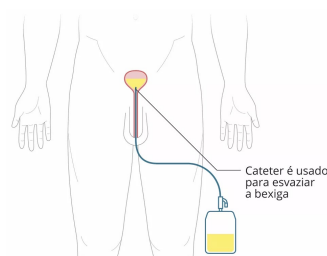


Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,

Verso

Português,

**TEM UM TUBO NO MEATRO URINÁRIO, POR
ONDE SAI A URINA.**



Elaborado por: Loredana Mihu, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica. Universidade Católica Portuguesa,