



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA/PORTO

Um olhar especializado sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgico

Por:

Joana Isabel Gabriel Fajardo

Lisboa 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA/PORTO

Um olhar especializado sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgico

Por:

Joana Isabel Gabriel Fajardo

Sob orientação da Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Filipa Veludo pela sua incansável e infindável paciência e por ter acreditado sempre no meu melhor.

À Enfermeira Helena Jorge da Cirurgia Vasculuar por me ter ouvido nos dias negros e fazer-me olhar o mundo da forma mais alegre.

À Tânia por ter lido e corrigido este trabalho vezes sem conta.

E um especial obrigada aos meus pais, avós e ao meu irmão João por acreditarem em mim.

RESUMO

O Enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica tem que possuir competências científicas, éticas, relacionais e técnicas no cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório tem como objetivo relatar um percurso como um fio condutor, possibilitando a qualquer momento a visualização concreta do realizado, no desenvolvimento e afirmação de competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica. Foi desenvolvido no contexto de Estágio no Serviço de Urgência e na Clínica de Hemodiálise, integrados no Curso de Mestrado de Enfermagem área de especialização de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a decorrer na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No que se refere à organização o seguinte trabalho está dividido em duas partes. Na primeira parte é feita uma breve abordagem da enfermagem avançada e da importância das teorias na prática dos enfermeiros. Posteriormente é realizada uma síntese de evidência “*A pessoa com doença crónica em situação crítica: Uma Scoping review*”. Na segunda do relatório são descritas e afirmadas as competências inerentes ao enfermeiro especialista.

O fenómeno em estudo é a pessoa com doença crónica em situação crítica sendo transversal em todos os contextos de estágio realizados. A esperança média de vida tem aumentado nos últimos anos e conseqüentemente o número de pessoas com doença crónica também (Certo et al., 2016), nascendo a premissa orientadora para o fenómeno em estudo.

A segunda parte do trabalho tem como objetivo apresentar o percurso desenvolvido e as competências inerentes ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgico, na pessoa em situação crítica, através de objetivos, reflexões críticas com mobilização de conhecimentos das mais diversas áreas do conhecimento. O pensamento em Enfermagem é sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Palavra- Chave: enfermagem; doença crónica; situação crítica

ABSTRACT

When caring for a person in critical condition, the medical-surgical nurse must have the necessary scientific, ethical, relational, and technical competencies.

This work aims to chart the path followed towards the development of these competencies and to serve as a guide, which, once accessed, will allow its objective visualization as whole.

The development and affirmation of the competencies necessary in medical-surgical nursing were gained in the context of an internship at the Emergency Service and Haemodialysis Clinic, integrated in the Medical-Surgical Nursing specialization of the Nursing master's degree of the Lisbon School of Nursing in the Health Sciences Institute of the Catholic University of Portugal, and through accredited professional experience.

The following work is divided into two parts. The first part consists of brief view of advanced nursing and the importance of the theories in a practical setting, followed by an evidence synthesis "The chronically ill person in critical condition: A Scoping Review". The second part is a report which states and describes the medical-surgical nurse's inherent competencies.

The chosen subject matter, the chronically ill patient in critical condition, was present throughout the full duration of the internship, as well as the accredited professional experience. Life expectancy has seen an increase in the last years, contributing to a rise in the number of people with chronic illness (Certo et al., 2016), this phenomenon serves as the guiding premise for the subject matter at hand.

The second part of this work aims to chart steps taken throughout this experience and the inherent competencies of a medical-surgical nurse, when caring for a patient in critical condition, through objectives, and critical reflexions built upon the knowledge of several different fields of study. The structure of this document is based on the Afaf Meleis Theory of Transitions.

Keywords: nursing, chronic illness, critical condition

Lista de abreviatura, siglas e acrónimos

Abreviaturas

D^a: Dona

n^o: Número

Enf^o: Enfermeiro

Sr Enf^o: Senhor Enfermeiro

et al - entre outros

Sr: Senhor

h: horas

Sra: Senhora

mg: miligramas

Siglas e Acrónimos

AVC: Acidente Vascular Cerebral

(antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações))

CIE: Conselho Internacional de Enfermeiros

OE - Ordem dos Enfermeiros

DRC: Doença renal crónica

PCR: Paragem Cardio-Respiratória

EV: Endovenosa

SABA: Solução Antisséptica de Base Alcoólica

FAV: Fístula arterio-venosa

SF: Soro Fisiológico

HD: Hemodiálise

IACS: Infecções Associado aos Cuidados de saúde

SOA: Sala de Observações de Ambulatório

ICN: Conselho Internacional de Enfermagem

SU: Serviço de Urgência

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

TAC: Tomografia axial computadorizada

IRC: Insuficiência Renal Crónica

TSFR: Técnica da substituição da função renal

ISBAR: (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background*

VNI: Ventilação Não Invasiva

Índice Geral	p.
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO	19
1.1 Enquadramento Conceptual	20
1.2 Enquadramento do fenómeno em estudo	21
2. ANÁLISE CRÍTICA, REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO E AFIRMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
2.1 Clínica de Hemodiálise	26
2.2 Serviço de Urgência	36
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	51

APÊNDICES

Apêndice I: Protocolo de Investigação- Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: um protocolo de uma scoping review 65

Apêndice II: Poster: O estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica 74

Apêndice III: Artigo- O cuidado da pessoa com doença crónica em situação crítica 76

ANEXOS 95

Anexo I: Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem 96

Anexo II: Resposta da Revista 98

INTRODUÇÃO

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de especialidade de enfermagem à pessoa em situação crítica – do Instituto da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, levou à elaboração do presente relatório. A enfermagem avançada, tem tido um grande impacto nos últimos anos em Portugal, devido ao próprio desenvolvimento da Ciência de Enfermagem (Henriques et al., 2021). Tendo em conta estas palavras, o enfermeiro especialista é o profissional que tem as seguintes competências: científicas, técnicas e humanas, para prestar o cuidado nas diversas áreas de especialidade (Regulamento N.º 140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019). No que diz respeito ao enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica é este o profissional que presta cuidados de elevada complexidade tendo por base a pessoa em risco iminente de vida, evitando complicações ou delimitada perdas de capacidade (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018).

Este relatório tem como objetivo:

- Demonstrar as competências de investigação intrínsecas ao enfermeiro especialista;
- Descrever os contextos de aprendizagem clínica;
- Descrever as atividades e os resultados que conduziram à concretização dos objetivos de estágio;
- Demonstrar as principais competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas em contexto de estágio;
- Fundamentar o processo de tomada de decisão.

Deste modo, o presente trabalho está dividido em 4 partes: introdução, enquadramento (enquadramento conceptual e o enquadramento do fenómeno em estudo), análise crítica e reflexão do desenvolvimento e afirmação de competências e por último a conclusão. Integra dois capítulos principais, sendo que o primeiro aborda a enfermagem avançada e importância das teorias na prática dos enfermeiros, posteriormente e realizada uma síntese de evidência “*A pessoa com doença crónica em situação crítica: Uma Scoping review*” que tem como

finalidade mapear o conhecimento referente à pessoa com doença crónica em situação crítica, tendo sido desenvolvida no decorrer do estágio. A doença crónica é a “*que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados*” (World Health Organization, 2010, p. 2). As principais doenças crónicas são as cardiovasculares, respiratórias, oncológicas, cerebrovasculares e diabetes (Epcc et al., 2015). Estas atingem 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa. Cerca de 70-80% do orçamento de saúde é gasto no tratamento destas doenças (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Assim, escolhi o seguinte fenómeno para estudo: o cuidado da pessoa com doença crónica em situação crítica, por ser uma problemática bastante atual, para além de ir ao encontro do contexto onde trabalho, cirurgia vascular. Pode-se dizer que toda a pessoa com doença vascular, tem doença crónica associada, principalmente no cuidado hospitalar ao nível do internamento. Devido à escassez de síntese de evidência disponível sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica, torna-se pertinente o mapeamento desta problemática. Como tal, foi elaborado o primeiro capítulo, que antecedeu a elaboração de um protocolo de investigação (Apêndice I), com a devida publicação na Plataforma *Open Science Framework*. E ainda com participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Anexo I) com o poster: *Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: um protocolo de uma scoping review* (Apêndice II). Na presente data é feita a tentativa de publicação da investigação realizada e aguarda-se resposta dos revisores (Anexo II – Resposta da Revista)

O segundo capítulo diz respeito às “*Competências comuns do Enfermeiro Especialista*” (Regulamento N°140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019) e as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*” (Regulamento N°140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019). Integra o relato de situações vividas nos dois locais de estágios: clínica de Hemodiálise (HD) e Serviço de Urgência (SU). A escolha dos campos de estágio esteve relacionado pela sua localização geográfica e por motivos profissionais para desenvolvimento de competências importantes no local de trabalho, ficando assim com um conhecimento mais aprofundado e possibilitando o desenvolvimento do conhecimento dos pares. Para além de serem locais

onde o Enfermeiro especialista tem um papel fundamental e onde a Ordem dos Enfermeiros (OE) imprime elevada importância. A metodologia utilizada, na análise crítica, reflexão do desenvolvimento e afirmação de competências foi pelo ciclo de Gibbs (Mendes, 2016) e revisão narrativa, com fundamentação teórica à Teoria da transição de Afaf Meleis (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). O estágio na Clínica de HD decorreu no período de 10 de maio a 20 de julho de 2021, este local carece de duas salas, com capacidade para realizar várias sessões a decorrer em simultâneo. A sala do rés de-chão é disponibilizada para a pessoa com alterações da mobilidade, seja por desequilíbrio da marcha, utilização de prótese dos membros inferiores, canadianas ou cadeira de rodas. A escolha deste local de estágio prendeu-se a uma questão, pela cirurgia vascular (local onde exerço funções) ter um grande número de pessoas com doença renal crónica com necessidade de técnica de substituição função renal (TSFR), a maior parte das vezes como causa secundária da doença vascular. Assim, foi o momento oportuno para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, éticas e relacionais com aplicabilidade no cuidado. Este percurso facilitou a compreensão da sintomatologia após sessão, aprimorando o cuidado e ajudando os meus pares no desenvolvimento e compreensão dessas mesmas situações. Para além de ter contribuído para uma melhor efetividade da relação terapêutica e na tomada de decisão, uma vez que a pessoa submetida a esta técnica carece de uma grande fragilidade na qualidade de vida (Malheiro, O. Soares, 2012).

Quanto ao estágio no SU desenvolveu-se entre 6 de setembro de 2021 e 27 de outubro de 2021 em diversos sectores da SU, com principal presença na sala de reanimação 1 e 2 e Zona Laranja. Neste contexto, há que realçar a vivência de situações de elevada complexidade e vulnerabilidade, onde a vigilância e monitorização permanente são uma constante, decorrendo assim o desenvolvimento de competências técnicas e científicas inerentes à pessoa em situação crítica e ainda competências de comunicação, promovendo o laço relacional entre pessoa-família-enfermeiro, gestão situacional, promoção do conforto e qualidade de vida, entre outras... Ainda associado ao SU, foi possível aplicação do protocolo de atuação de via verde acidente vascular cerebral (AVC), via verde trauma, via verde coronário e também à aplicação de algoritmo de tratamento em situações de reanimação por paragem cardiorrespiratória (PCR).

A Teoria de Transição de Afaf Meleis coaduna-se com todo este trabalho porque: as respostas humanas alteradas em resultado do desequilíbrio do bem-estar é uma área de intervenção da ciência de enfermagem (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020).

Ao relatório que se apresenta, associa-se vários anexos e apêndices com o intuito de dar uma melhor visualização do percurso realizado com a finalidade da sustentabilidade e coesão do mesmo.

Todo o texto foi redigido tendo em conta o acordo ortográfico em vigor. As referências bibliográficas são elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA 7th Editions), porém são omitidas inusitadamente algumas referências bibliográficas para manter o anonimato das instituições envolvidas. A referida norma de referência bibliográfica foi operacionalizada pelo software Mendeley.

1. ENQUADRAMENTO

Neste capítulo pode encontrar uma pequena abordagem sobre a enfermagem, a enfermagem avançada e a importância das teorias na sua prática enfermagem, bem como uma breve explicação sobre Afaf Meleis e a sua teoria de médio alcance sobre as transições ao longo do ciclo vital, uma vez que se pode verificar uma transição de situação estável para um estado doença ou ausência de bem-estar (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020) ao longo de várias descrições mas já no próximo capítulo.

Ao longo da história da enfermagem, esta tem vindo a criar diversos contornos até ao que atualmente a conhecemos (Paiva, 2007). Porém existem duas vertentes: a Enfermagem de prática avançada e a enfermagem avançada. A primeira, o enfermeiro pratica funções que extravasam o seu domínio, desempenhando funções médicas (Lopes et al., 2018), para além, de haver pouco reconhecimento formalmente, quer pela legislação em vigor, quer pela formação profissional (Toso et al., 2019). Quanto à enfermagem avançada, este profissional tem uma prática com habilidades clínicas próprias e capacidade de tecer juízos críticos que aumentam a qualidade do cuidado, inerentes à sua educação e experiência empírica (MacDonald et al., 2006), traduz num aumento de satisfação entre a pessoa alvo do cuidado (Wong, 2018). Porém, existem estudos que expressam a dificuldade em compreender a enfermagem avançada como um cuidado específico, pela sua ampla ação, requisitos e resultados (Bryant-Lukosius et al., 2004; Kleinpell et al., 2014). Contudo, esta tem uma grande expressão e necessidade, por melhorar o acesso ao cuidado e a saúde da população; capacidade de prestação de assistência à saúde; custo-efetividade dos serviços; qualidade e coordenação do cuidado (Gaskell, Lynne; Beaton, 2015; MacDonald et al., 2006).

Não podendo deixar mencionar, a importância das teorias na enfermagem avançada, estas têm a finalidade de explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio do conhecimento (Souza, 1988); *“uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina...”* (Ramalho Neto et al., 2016, p. 175). Nenhum cuidado pode existir sem referencial teórico, quando não se têm uma estrutura que organize o conhecimento/ cuidado, dando a origem a sua perda, este contribui para a qualidade (Ribeiro et al., 2018). O modelo de Meleis incute

grande importância para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem, sendo utilizado como método e permitindo a reflexão sobre diversas teorias, com o objetivo de acrescentar uma maior aplicabilidade teórica- prática (Ramalho Neto et al., 2016)

1.1 Enquadramento Conceptual

A vida é marcada de sucessivas passagens, desde o nascimento à morte passando por profundas mudanças de carácter pessoal (Collière, 2010). A forma como cada um lida com essas alterações não acontece somente de uma forma individual, mas também num contexto familiar, onde existem outros recursos (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). O ciclo Vital é feito de um sem número de transições, passando por casamento, divórcio, nascimento, doença, morte, profissionais, todas elas revestidas de grande importância (Chick, Norma; Meleis, 1986). A palavra transição deriva do latim, que significa passar de um lugar para o outro, de um assunto ou estado, um trajeto (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). Na literatura o significado baseia-se no atravessar, penetrar, repassar...(Porto Editora, 2020). Deste modo, pode-se afirmar que a transição é um momento de instabilidade, que remete para os processos psicológicos que envolvem a adaptação de mudança (Murphy, 1990). No que diz respeito à Enfermagem, esta remete-nos para o estudo das respostas humanas alteradas (Paiva, 2007) e concomitantemente para um cuidado gerador de alterações de saúde- doença, processos de transição (Zagonel, I.P.S 1999, citado por Miguel et al., 2016). A teoria da transição é a primeira vez mencionada em 1991 através da obra *Theoretical Nursing: development and progress* e é usada mundialmente no cuidado em enfermagem (Afaf Ibrahim Meleis, 2016). É considerada uma teoria de médio alcance e caracteriza as transições que *“são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamento habilidades e padrão de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança nos estilos de vida e que se manifesta em todos os indivíduos”* (Miguel et al., 2016, p. 157). Algumas dessas transições são descritas mais a frente na análise crítica, reflexão do desenvolvimento e afirmação de competências. Esta teoria está subjacente em três grandes pilares: a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta. No que respeita ao primeiro grande pilar, existem três transições: as de Tipo (Mudança no desempenho do papel relacionado com a condição de saúde), Padrão e Propriedade (Consciencialização, envolvimento e diferença) (Afaf Ibrahim Meleis, 2016). Quanto ao segundo pilar estas podem ser de condições pessoais (significado, crenças, atitudes culturais, status

socioeconómicas, nível de preparação, nível de conhecimento e de habilidade), de significado (é entendido como a importância da transição e vai influenciar o modo como lida com ela), Atitudes Crenças Culturais (a atitude possui 3 componentes básicas, cognitivas afetiva e comportamental), status socioeconómico, condições ambientais (comunidade e sociedade), Facilitadores (o suporte familiar, informação, aconselhamento, suporte na tomada de decisão, encaminhamento para recursos, respostas às dúvidas e necessidades) e Inibidores (estigmas, os estereótipos, comportamento super protetor dos cuidados. (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). O último pilar, padrões de resposta, está incluído os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e coping) e os indicadores de resultado (o bem-estar emocional e as relações interpessoais) (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020)

No processo de transição, a pessoa têm que adquirir e interiorizar novos conhecimentos que modifiquem o comportamento, que redefinem o significado ao evento e posteriormente, mude a definição de si mesmo no contexto (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020), o enfermeiro e o profissional que deve assumir um papel de facilitador das transições (Miguel et al., 2016)

No próximo capítulo, será realizada a relação entre a teoria de médio alcance de Afaf Meleis e a sua aplicabilidade enquadrada no fenómeno em estudo e em dois locais de estágio.

1.2 Enquadramento do fenómeno em estudo

O enfermeiro especialista, independentemente do seu âmbito de intervenção tem de possuir competência na área de investigação. De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros que define: “...*incluir a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem*” (p. 4744). Não podendo deixar de parte o cuidado de enfermagem na área médico-cirúrgica e de acordo com o Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros que define “...*também o líder ideal para (...) investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização*” (p. 19360). A investigação em enfermagem carece de um cunho de grande importância, quer pelo desenvolvimento da profissão, quer para dar fundamentação às outras ciências da Saúde e comunidade da sua visibilidade social (Martins, 2008). Não só pela importância ao nível da aquisição de competência, mas

também com o intuito de contribuir para a ciência de Enfermagem, nasce assim a pertinência de desenvolver investigação. Tendo em conta todo o percurso profissional e académico, deu origem ao seguinte estudo: O cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: uma scoping review.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a doença crónica é a : “*que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados*” (World Health Organization, 2010, p. 2). As principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, oncológicas, cerebrovasculares e diabetes (Epcc et al., 2015). Estas atingem 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa, cerca de 70 a 80% do orçamento de saúde é gasto no tratamento destas doenças (Serviço Nacional Saude, 2021). Estas sobrevivem durante um intervalo de tempo considerável, devido as intervenções mais eficazes disponíveis pelos sistemas de saúde (Guerra, 2009). Os processos de saúde-doença da pessoa em situação crónica e sua família são estudados, na literatura, essencialmente em contextos de cuidados de saúde terciário (Madureira Dias et al., 2011; Padilha et al., 2010). A especificidade da pessoa a vivenciar processos de saúde-doença prolongada é determinante na humanização, ou seja, na procura de um cuidado centrado na pessoa. Este fenómeno torna-se relevante quando acresce, a essa especificidade, vivenciar processos de saúde-doença em situação crítica.

Devido à escassez de síntese de evidência disponível sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica, torna-se pertinente o mapeamento desta problemática. A presente revisão tem como objetivo mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica. Mais especificamente, esta revisão pretende dar resposta a seguinte questão: Quais as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa em situação crónica?

Tendo em conta o objetivo do fenómeno em estudo foi selecionado os procedimentos metodológicos da uma scoping review, tendo em consideração as normas propostas pela *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020).

Podemos verificar que o fenómeno da pessoa com doença crónica a vivenciar uma situação crítica, de acordo com a literatura, centra-se principalmente em intervenções, nas

mais diversas áreas de estudo: comunicação; bem-estar; mobilidade; cuidado e a tomada de decisão. São estudos na sua maioria primários, sendo dois de natureza secundária. Quanto ao nível de evidência, quatro artigos são qualitativos, três quantitativos (transversal retrospectivo, meta-análise e corte longitudinal). A principal área de estudo é o cuidado (Daly, Donnelle, Matzel, 2013; Holsworth, Cheryl;Gallagher, 2017; Santos et al., 2018; Seaberg et al., 2014). Porém, no se que refere ao artigo sobre as “*intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva*”(Santos et al., 2018), este enumera as várias intervenções inerentes à medicina intensiva na pessoa idosa, evidenciando que existe uma centralização do cuidado na doença aguda face à complexidade e instabilidade da pessoas em situação crítica, onde o valor vida se sobrepõe. No que respeita à “*Pessoa com doença crónica em fase terminal nas unidades de cuidados intensivos*”(Seaberg et al., 2014). Remete-se a uma abordagem muito superficial sobre a necessidade do cuidado à pessoa no que se refere à comunicação, mas não explicita as intervenções específicas para um cuidado humanizado. No artigo que faz referência a “*uma abordagem transdisciplinar para o cuidado paliativo no local de cuidados agudo*” (Daly, Donnelle; Matzel, 2013), faz uma descrição da importância dos vários profissionais de saúde referente a esta área de estudo e de que forma contribuem para ela, integrado a medicina intensiva nos cuidados paliativos, um paradigma cada vez premente na atualidade. Acerca do artigo “*gerir o atendimento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica em situação crítica*”(Holsworth, Cheryl;Gallagher, 2017), este artigo evidencia o impacto da obesidade nos cuidados de saúde, economia e explica as alterações fisiopatológicos da doença (complicações pulmonares, cardíacas, endócrinas, nutricionais, etc...). Como é possível constatar, constitui uma área muito específica do conhecimento, criando uma abordagem muito sintética do cuidado de enfermagem, o que é referido ao longo do artigo, ressaltando a importância de mais estudos sobre a temática na disciplina. Outras áreas de estudo inerentes ao cuidado também foram descritas como a comunicação, mobilidade, o bem-estar e a tomada de decisão. A “*Tomada de decisão da família na doença crónica em situação crítica*”(Pevzner, 2017) cria uma relação entre a comunicação e a tomada de decisão, reforçando sempre a ideia de que a comunicação é imprescindível para a tomada de decisão, quer para a quem a toma, quer para aquele que é alvo da decisão, de forma a tornar-se mais consciente. No que respeita a área de estudo do bem-estar (Chiarchiaro et al., 2013), este estudo remete-nos para o impacto da doença crónica mais propriamente a oncológica, traçando assim uma ponte entre intervenções sobre a qualidade de vida e o bem-estar físico, psicológico, funcional, emocional e social.

Porém no que se refere ao âmbito de enfermagem passa só pelo bem-estar físico e emocional.

Da amostra constituinte, os estudos integram a área disciplinar da Medicina (n= 2), de Enfermagem (n= 4), outros (n= 1). Assim, foi possível fazer um mapeamento do conhecimento referente à pessoa com doença crônica em situação crítica, tendo colocado à descoberta as fragilidades da área do conhecimento referentes a este fenómeno, colocando em destaque o conhecimento já implícito no cuidado. Seria, assim, pertinente a realização de estudos, essencialmente de natureza primária, passível de dar conhecimento das vivências destas pessoas, assim como de intervenções capazes de processos de transição saudáveis e de Humanização do cuidado. Para que o enfermeiro seja um verdadeiro facilitador do processo de transição precisa de ter o conhecimento, experiência e uma ampla abertura por forma a recolher, processar e documentar a informação da forma que melhor traduz as reais necessidades dos indivíduos, integrando-a no seu plano de cuidados (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020).

A evidência disponível ressalva a necessidade de continuar a fazer investigação nas mais diversas áreas de estudo como gestão de dor por medidas não farmacológicas e adesão terapêutica. As sugestões dos autores enaltecem a produção de conhecimento próprio da Disciplina de Enfermagem. Em apêndice III integra-se a Scoping review que sustentou o desenvolvimento do presente capítulo e trouxe-lhe transparência para toda a investigação efetuada.

2. ANÁLISE CRÍTICA, REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO E AFIRMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como finalidade a análise crítica e a reflexão do desenvolvimento de afirmação de competências, tendo como base uma prática refletida. É considerada um método de trabalho que visa a produção de conhecimento através da prática do profissional (Netto et al., 2018). Para tal, foi utilizado como instrumento de trabalho o ciclo de Gibbs, que orientou e estruturou o pensamento de forma a ser mais organizado e claro (Mendes, 2016). Este percurso foi realizado no contexto da Unidade Curricular “*Estágio e Relatório*”, em que foram distribuídas 360h em dois locais de estágio: clínica de HD e SU. Este processo foi acompanhado por orientadores nos respetivos locais e sobre a tutoria pedagógica, com manifesto benefício ao longo de todo este processo de aquisição. Nas páginas seguintes serão integradas situações que têm como fim a validação e afirmação de competências, tendo por base um suporte teórico e evidência disponível. A identidade das pessoas envolvidas foi omitida de forma intencional, de modo a manter o seu anonimato, assim como das instituições envolvidas. Dado o carácter público do relatório, todos os nomes de pessoas enumerados ao longo das reflexões são fictícios. Embora não tenha exercido funções nos contextos enumerados, existe uma transferência de conhecimento de um local para o outro, assim, sou considerada um iniciado em fase avançada (Benner, 2001).

O objetivo geral é transversal aos dois contextos anteriormente referidos: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica é sua família*. Para a concretização deste foi preciso ter em consideração as competências que estão mencionadas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, que define as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” (p.4744) e o Regulamento nº429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros que define as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*” (p. 19360). Esta “*tem com alvo a pessoa em situação crítica*”, que tem “*vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de meios avançados*

de vigilância, monitorização e terapêutica”(Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018, p. 19359)

Ser-se competente consiste, na mobilização de conhecimento, este por sua vez possui uma notável capacidade de mutação nos tempos que decorrem, incluído também um juízo crítico e uma finalidade no cuidado(Clínicas et al., 2005).

Quanto aos Plano de emergência e catástrofe de ambos os locais, foi importante ter acesso a estes. A ocorrência de um evento desta natureza pode ser provável de acontecer, SARS-COV-2 veio mostrar a real existência e a importância deste não ser somente um conceito teórico, mas sim algo possível ser aplicado na prática (Lana et al., 2020), ficando com uma melhor conceptualização mental de como atuar em caso de necessidade. Para além que tem carácter de real importância enquanto futura enfermeira especialista. É a este profissional que é concebida a responsabilidade para contribuir para criação do plano de emergência e catástrofe em conjunto com a instituição, execução e praticidade do mesmo (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do meu percurso pude verificar o tipo de liderança, esta é realizada pelo enfermeiro-chefe ou chefias de equipa, tendo a finalidade de influenciar a equipa à excelência do cuidado (Amestoy et al., 2017). De entre os estilos de liderança documentados da literatura, caracterizo como liderança democrática os dois serviços onde estagiei. Observa-se o compromisso de participação de todos os envolventes, criando o ambiente de respeito e de confiança(Ohkubo et al., 1994). Desta forma, foi possível não só uma melhor integração na equipa, como na concretização de contributo para o crescimento da mesma.

2.1 Clínica de Hemodiálise

O estágio esteve compreendido entre o período de 10 de maio de 2021 e 20 de julho de 2021 praticando o mesmo horário que os dois Enfermeiros Orientadores, estipulado pelo Sr Enfº chefe, numa clínica de HD. A doença renal afeta milhões de pessoas em todos o mundo, estima-se que cerca de 10% da população mundial seja atingida por esta patologia (Mira et al., 2017). Em Portugal os dados referem que 800 mil pessoas tenham Doença Renal Crónica (DRC), sendo que em tratamento estão 18 mil doentes, dois terços em diálise e um terço já foi transplantado (Portal da Diálise, 2017). Esta doença define-se *“por um conjunto de alterações clínicas e laboratoriais causadas por agressão persistente e irreversível ao rim. Ela decorre de diversas condições clínicas, sendo*

hipertensão e diabetes as principais causas de doença renal terminal” (Paula et al., 2016, p. 1). É na fase terminal da insuficiência renal crónica que a pessoa encontra-se intensamente sintomática, sendo que as opções terapêuticas são: a TSFR, podendo ser diálise peritoneal ou HD e em último recurso o transplante renal (Romão Junior, 2004). A pessoa em HD, mais propriamente na fase intradialítica, pode apresentar incidentes que colocam em risco a sua vida, estes são: hipotensão arterial severa, disritmias, precordialgias, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e reações anafiláticas. Perante isto, é importante os serviços/ unidades tenham 50% dos enfermeiros especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Tendo em conta a definição do que é a pessoa em situação crítica e a minha prática profissional diária (Serviço de Cirurgia Vascular na Unidade de Cuidados Intermédios) nasce a necessidade de um aprofundamento de conhecimentos e competências nesta área. A Clínica de HD está inserida num edifício de três andares. Na cave tem duas copas, uma para os profissionais de saúde, outra para preparação das ceias, posteriormente entregues à pessoa durante a sessão. Este piso ainda integra uma lavandaria e uma estação de tratamento de águas, o dialisante, como tal é imprescindível a remoção de alumínio, fluor, cloramina de modo a manter a segurança de toda a sessão da pessoa portadora de insuficiência renal crónica (Calderaro, Rachel ; Heller, 2001). No resto chão, podemos observar uma sala de espera, quatro casas de banhos, duas para os profissionais de saúde e outro duas para as pessoas que frequentam a clínica. Ainda podemos encontrar uma sala com a lotação para vinte e uma pessoas, passível de realizar tratamento dialítico em simultâneo. No terceiro piso encontramos uma sala com a lotação para doze pessoas sob sessões de diálise a decorrer ao mesmo tempo. A HD decorre em cadeirões articulados, que são ajustados a necessidade de mobilidade da pessoa aumentando a sua comodidade e conforto durante o processo. E ainda vários gabinetes para a equipa multidisciplinar, não só por enfermeiros e médicos, mas também para nutricionista, assistente social e psicólogo. A equipa de Enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, que está responsável pela gestão de todo o espaço, passando pela elaboração do horário, abertura da mesma, manutenção e supervisão da estação de tratamento de água. A restante equipa é constituída por 50 elementos que, consoante a sua disponibilidade, é elaborada a respetiva escala de trabalho.

O método de trabalho que está instituído na clínica é o individual, tem como objetivo o cuidado holístico, implicando um enfermeiro ficar responsável por uma pessoa ou várias em simultânea (Rego, 2016). O cuidado à pessoa no método individual tem como fim o melhor cuidado possível procurando sempre a humanização e a excelência do mesmo, porém, de sessão para sessão o enfermeiro poderá ser outro (Costa, 2004). A clínica recebe somente pessoas com DRC terminal submetida a TSFR, tendo sempre em consideração a área de residência. O rácio é de um enfermeiro para 7 a 10 pessoas. Todas as pessoas hemodializadas têm um acesso vascular, independentemente da sua natureza, confere uma alteração da imagem corporal; todos tiveram que readaptar a rotina diária para conciliar a vida profissional, familiar e social com o tratamento, o que leva a uma alteração das dinâmicas das mesmas (R. S. da Silva et al., 2020; C. Sousa, 2012) Embora possa ser possível um transplante renal, este também tem uma durabilidade e implica também consequências e um processo de adaptação e alteração da qualidade de vida. O transplante implica mudanças e adaptações principalmente no período pós-transplante, em que a pessoa apresenta necessidades emocionais face à sua nova condição clínica, preparar-se para o convívio na vida familiar e inserção na sociedade. Para além disso, necessita de assistência de cuidados em saúde contínua, tais como uso de medicamentos imunossupressores e o acompanhamento ambulatorio, causando igual impacto na qualidade de vida (Arruda, Guilherme Oliveira de Renovato, 2012; Santos et al., 2018).

Para além do objetivo geral anteriormente citado, nasce da análise deste contexto e das minhas necessidades formativas os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família numa Clínica de Hemodiálise;
- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da pessoa em situação crónica em contexto crítico.

No período que estagiei na clínica, tive oportunidade de desenvolver competências que vão ao encontro do primeiro objetivo específico e começa logo nos primeiros dias sobre uma problemática bastante notória neste contexto: o impacto que a doença crónica tem na vida da pessoa e o papel facilitador do enfermeiro nos processos de transição (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). A D. Hortélia, é uma senhora com cerca de 80 anos, já com múltipla patologia associada, para além da DRC terminal. Em muitas das sessões apresenta alterações do estado de consciência, pouco reativa a estímulos, com abertura

espontânea dos olhos, discurso pouco coerente e incompreensível. Ao longo do tratamento apresenta sintomatologia inerente ao mesmo, como náuseas, vômitos, dores generalizadas, hipotensão severa, com necessidade de reposição de fluidos (Evaristo et al., 2020). O enfermeiro tem um papel bastante importante no que respeita à saúde ou doença, ou quando as respostas de transição se relacionam com comportamento de saúde (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020) Face a situação senti a necessidade de facilitar a transição da D^a. Hortélia manteve uma vigilância minuciosa dos sinais vitais e da alteração do estado de consciência, perguntando ao longo da HD como estava, se precisava de alguma coisa. Tentei descobrir em conjunto com a pessoa o melhor posicionamento de modo a diminuir o desconforto provocada pela imobilização, chegando mesmo a administrar medicação analgésica de modo a diminuir a sua dor, medida que pouco conforto tinha. Procurei saber um pouco mais da sua dinâmica familiar e do seu percurso de vida, acabando por saber que era o genro que muitas vezes ajudava a vestir e preparava o pequeno-almoço, não era do seu agrado, dizia ser a obrigação da filha, o que a deixava muito triste, tornando as sessões ainda mais penosas. Enquanto permanecia à escuta a sua expressão facial mudava, ficava menos esgar de dor, podia assim perceber algum conforto com o simples facto de estar presente, era o suficiente, muitas vezes só queria saber se estava lá. A pertinência das intervenções não farmacológicas de gestão da dor, foram determinantes nesta situação (OE, 2008). Foi assim possível perceber que a dor que a D^a Hortélia verbalizava não era só com HD, mas sim com a adaptação da sua dinâmica familiar e da sua doença. Para além, era evidente uma instabilidade hemodinâmica não sendo possível cumprir os objetivos da TSFR, de modo a ser necessário fazer sessão extra. Enquanto futura enfermeira especialista tive a oportunidade de ter isso em consideração, conciliando o agendamento das sessões entre a disponibilidade da pessoa e da clínica. Outra situação que se enquadra na mesma problemática, mas com outra pessoa, Sra. Madalena referia muito prurido ao longo do dia, já tinha ido ao dermatologista, mas sem sucesso. Este sintoma está relacionado com o fósforo, sódio e cálcio, atingindo 49% das pessoas com DRC antes da sessão de hemodiálise, existindo tratamentos tópicos, físicos, sistémicos, mas sem benefício em até 80% dos casos (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Para além da pele ser o maior órgão do corpo humano, tem função de regulação térmica, defesa orgânica, proteção contra agentes químicos, biológicos e físicos, função sensorial (Neves et al., 2020). Desta forma, sugeri que mantivesse o cuidado de utilizar roupas de algodão e colocasse creme hidratante. Dias mais tarde perguntei como se sentia e se tinha colocado creme, agradeceu

e disse que tinha melhorado. A qualidade de vida define-se como “*a percepção do indivíduo de sua situação na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Jesus et al., 2019, p. 12). O viver com a DRC exige um processo de adaptação e alteração na rotina e nos hábitos de vida, as quais desafiam a percepção que a pessoa tem de si, das suas capacidades e do seu meio (Farias, Gabriela; Martins, 2015). Por causa dos vários impactos negativos da doença na vida do indivíduo, torna-se importante e desejável a avaliação da qualidade de vida para identificar os aspetos prejudicados e assim implementar intervenções que visam melhores condições de vida e de saúde da pessoa com DRC (Jesus et al., 2019). Com a progressão da doença verifica-se um agravamento na qualidade de vida da pessoa, provando uma série de consequências na saúde física, mental, funcional, social, bem-estar e na satisfação do mesmo, fatores que limitaram a sua qualidade de vida. A pessoa passa a apresentar no seu dia-a-dia limitações, frustrações, prejuízos e mudanças biopsicossociais que o afetam. A alteração da imagem corporal, do humor, do peso, do apetite e do interesse sexual, restrições dietéticas e hídricas, dificuldades profissionais além de alterações no relacionamento familiar (Malheiro, O. Soares, 2012). A pessoa portadora desta doença encontra grandes obstáculos em estabelecer e / ou manter um vínculo de trabalho devido ao tempo dedicado ao tratamento e à rotina imposta pelo o tratamento, além da diminuição do desempenho físico e o aparecimento de sintomas como a fraqueza e mal-estar, os quais interferem nas atividades de vida diária e nos aspetos psico-emocionais (Jesus et al., 2019). Neste contexto, o enfermeiro deve ter uma abordagem sistematizada, que possa avaliar e identificar as necessidades de cuidado de enfermagem da pessoa. É importante o enfermeiro ter em conta o conhecimento que a pessoa tem acerca da sua doença e que seja parte integrante do processo terapêutico, de modo a que sejam respeitadas as suas crenças, valores e que se consigo estabelecer uma relação empática, com a finalidade de ter ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Acerca das duas situações acima referidas, posso afirmar que revelei um cuidado especializado, indo ao encontro das necessidades da pessoa, mobilizando conhecimento, tomei decisões em conformidade com valores éticos, morais, respeitando os direitos da pessoa, geri e prestei de cuidados com a finalidade da excelência do mesmo, como identifiquei eventuais foco de problema, aumentando a vigilância. (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º 140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

A comunicação é uma ferramenta imprescindível, sem ela era impossível estabelecer relação com o outro, para além de ser para integrante do desempenho de todas as funções como ser humanos (Campos, 2017). Porém, esta tem um papel primordial na enfermagem, apresentando uma finalidade terapêutica, ou seja, tem uma intencionalidade de perceber qual a necessidade da pessoa, em identificar diagnósticos, integrando-se também como intervenção no cuidado. *“Não se pode pensar na ação de enfermagem sem mencionar a importância do processo comunicativo a ela relacionado”* (Queiroz et al., 2012, p. 2). Para identificar as necessidades, cada vez mais, a pessoa faz-se de sujeito ativo nesse dessa relação, como tal estabelece vínculos. Desta forma, e no que respeita ao cuidado de enfermagem estas são imprescindíveis, para um cuidados holístico (Machado et al., 2016). Esta comunicação tem por si só um objetivo, um dos exemplos que posso dar é a minha relação com a D^a. Carlota. Esta senhora tem um cateter central definitivo como acesso vascular para a realização da técnica de substituição renal. Porém, trazia sempre uma blusa muito justa e com decote muito subido, o que tornava a realização do penso do cateter mais difícil, para além de aumentar exponencialmente o risco de infeção, por mais cuidado que eu tivesse. Perante a situação relatada estava perante um problema, como é que eu posso facilitar o processo de transição desta pessoa? Como é que consigo fazer com que adapte o seu comportamento? Senti que estava a enfrentar uma questão delicada, mas não queria ferir a suscetibilidade.... Há medida que o tempo foi passando, aproximei-me aos poucos, através da minha presença, da escuta ativa, do sorriso e do toque. A minha presença permanente, disponível para responder o mais precocemente possível a qualquer pedido, permitiu um acompanhamento com o qual se pode contar mesmo quando não se recorre a ela. A minha presença ativa e silenciosa, mas carregada de uma intencionalidade ética fez nascer também a possibilidade de uma aproximação que tinha por si só um fim (Renaud, 2010). Algumas das estratégias implementadas foi a escuta, não me remeti somente a captação do que a D^a Carlota dizia verbalmente, mas a intencionalidade das sua palavras, a compreensão do que realmente queria dizer (Camillo, Simone; Maiorino, 2012). Esta senhora, apresentava cefaleias intensas de aparecimento súbito, o que a fazia procurar na sua mala os seus comprimidos de paracetamol, o que ela queria era só alguém que a desse. O estar presente e disponível quando se necessita, era algo primordial para o estabelecimento desta relação. O sorriso contribui para a promoção do cuidado emocional, sendo uma manifestação de humor terapêutico. Para se prestar o cuidado emocional, é necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático, transmitido através do sorriso, como meio de confortar e ajudar a

recuperar a autoestima (Castilho et al., 2016). O sorriso é algo intrínseco a minha personalidade, sendo facilmente transferida para a minha prática de enfermagem. Porém, em tempo de pandemia esta demonstração de comportamento torna-se mais difícil de transmitir, mas é possível ser observado através da nossa expressão facial e dos nossos olhos. O toque está incluído nas manifestações não verbais da comunicação que possibilita a enfermagem demonstrar habilidade técnicas quanto à sua capacidade ser solitário e compreensivo (Dias et al., 2008). O toque foi uma estratégia que fui desenvolvendo ao longo do tempo como enfermeira, mas não foi fácil de adquirir. Uma vez que antes do outro nos dar permissão para ser tocado, nos temos que nos sentir preparados para o fazer. De outra forma estaria a violar o meu espaço enquanto pessoa e do outro enquanto ser que é cuidado. Esse sentimento ia ser transmitido através desse mesmo ato, atualmente é uma “arma” carregada de grande significado transmitindo intencionalidade e proximidade com a pessoa. À medida que me fui aproximando da D^a. Carlota, disse-lhe que devia trazer outra blusa com um decote mais largo, para além de o verão estar a se aproximar. Ao princípio muito renitente à mudança de comportamento para além de não gostar de mostrar o penso do cateter. Situação que compreendi bastante bem, perguntei-lhe se não tinha lenços ao qual respondeu que tinha muitos em casa e que não os usava. Aos poucos começou a trazer roupa mais larga, também comecei a elogiar. A aproximação num relacionamento com um fim terapêutico, não se pode ser considerado no aqui e no agora, nem tão pouco em estratégias, nem num relato de uma situação, cada um dos interveniente da ação tem uma perceção própria da situação (Castilho et al., 2016). O enfermeiro tem o dever de facilitar, através de atitudes e habilidades essenciais na arte da comunicação, nunca procurando impor-se, interpretar ou julgar, respeitando o “princípio da não diretividade” sobre o qual assenta a relação de ajuda (Barbosa et al., 2020) *“Por isso não basta a boa vontade, é necessário um grande trabalho de desenvolvimento pessoal. Uma relação de ajuda implica um desenvolvimento sensorial, intelectual e emotivo, constante* (Barbosa et al., 2020, p. 3). Com esta situação posso afirmar que demonstrei estratégias facilitadoras da comunicação, identifiquei práticas de risco e estratégias para a sua resolução (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento Nº140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

As duas situações que se seguem decorreram no final do percurso de estágio e também se enquadram no segundo objetivo específico: **Contribuir para a qualidade do cuidado**

no âmbito da pessoa em situação crônica em contexto crítico. A primeira experiência refere-se à D^a. Francisca, uma senhora já com muitas comorbidades associadas, mas ao longo das sessões refere uma dor intensa ao nível do ombro que acaba por ceder após o término da sessão, recusa sempre analgesia oferecida. Para além de ter tido a oportunidade de ficar responsável por ela, foi fácil de estabelecer uma relação terapêutica. Contudo, esta senhora tem uma diminuição da acuidade visual importante, necessitando de muita supervisão. O toque foi crucial, não só pela presença do seu défice, mas forma de transmitir conforto, confiança e presença. Com esta intervenção não farmacológica (OE, 2008) a D^a Francisca acaba por abstrair um pouco da dor que sente e transfere os seus pensamentos para outra realidade. Por vezes partilha momentos da sua vida, o que acaba por ser um momento ideal para a criação de momento de humor, chegando mesmo a dizer, que tinha de tirar o ombro quanto fazia HD. Deste modo, transmito a minha preocupação, carinho e acabo por perceber que a D^a Francisca sente algum alívio da sua dor, uma vez que a sua face apresenta menor esgar de dor e já não apresenta comportamento defensivo como a mão a proteger o ombro que lhe dava queixas álgicas. Muitas destas pessoas referem dor nas articulações, dor óssea ou então dor associado a patologia pré-existente, como por exemplo: oclusão parcial da artéria mesentérica, doença arterial obstrutiva periférica, entre outras. A administração de fármacos ajuda, mas não é a única estratégia à minha disposição, também posso utilizar medidas terapêuticas, como o posicionamento ou a aplicação do humor. A dor é: *“uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”* (IASP, 2020, p. 1). A dor é um dos sintomas mais frequentes na pessoa com doença renal e pode ser também de origem musculoesquelética ou neuropática (APIR, 2016). A pessoa com doença DRC submetida a TSFR apresenta um distúrbio ao nível da homeostase do cálcio, do fósforo e do calcitriol, que desempenham um papel fundamental na fisiopatologia da doença óssea, conhecido como distúrbio mineral e ósseo. Esta alteração provoca: artralgia, ombro doloroso, síndrome do túnel do carpo e dedo em gatilho, decorrentes da deposição da proteína B2-microglobulina nos tecidos, além de artrite induzida por cristais, necrose vascular, artrite séptica, fraqueza muscular e câibras musculares (Vides, Mariana; Martins, 2017). O humor é uma intervenção terapêutica, que pode ajudar na expressão de sentimentos que podem promover o bem-estar da pessoa (L. Sousa et al., 2019). Esta e qualquer intervenção que promova saúde e bem-estar, o uso desta intervenção reduz o stress, maior sentido de resiliência, diminuição dos sintomas

depressivos e até aumento da tolerância à dor (AATH, 2020). O toque é considerado um meio de comunicação não verbal que é utilizado na prestação de cuidados de enfermagem. Face à doença a pessoa apresenta-se extremamente fragilizada, tanto física como emocionalmente, pois existe um acentuar das suas necessidades, daí a importância do toque. O uso terapêutico das mãos oferece ao doente um conforto físico com carinho (Janeiro, 2012). Com esta experiência pude assim validar a capacidade de gestão de dor e implementação de intervenções não farmacológicas, bem como a capacidade de estratégias facilitadora de implementação da relação terapêutica, adaptado à mesma a condição de saúde da pessoa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

A segunda situação decorre, enquanto procedia à mudança do penso de cateter de diálise através da técnica “*no touch*”, houve a remoção da agulha de forma acidental de outra pessoa, enquanto realizava a hemodiálise, o que resultou numa hemorragia ativa. Larguei tudo o que estava a fazer e corri para junto da pessoa, realizando pressão manual do local e pedi a um par que avaliasse a tensão arterial. Sabia de antemão que a exteriorização acidental da agulha pode acontecer e que é necessária rápida intervenção, as perdas hemáticas são sempre consideráveis, chegando mesmo a um choque hemorrágico (Hirano et al., 2003). Daí a necessidade de intervenção rápida e eficiente, antecipando e despistando eventuais complicação inerentes á situação, como alterações hemodinâmicas e do estado de consciência, sei também que basta escasso segundo para acontecer. Realizei ensino sobre a importância da redução da mobilidade do membro e expliquei a importância de estar alerta para possível hemorragia não só durante a sessão, mas em casa também, e qual o comportamento a seguir. A probabilidade de acontecimentos de eventos adversos é muito elevada, pela existência de inúmeras variáveis (Sousa et al., 2013). Podem-se destacar como eventos adversos associados o cateter obstruído, retirada acidental de agulha da fístula artério-venosa (FAV) e coagulação do sistema extracorpóreo (Aragón, 2010). O enfermeiro tem um papel de relevo no acontecimento de eventos adversos principalmente neste contexto, por ser o profissional mais presente, ter a posição adequada para a diminuição da possibilidade de incidentes, para além de ser ele que deteta precocemente as complicações e pode otimizar um comportamento para minimizar os danos (Sousa et al., 2013). Após o acontecimento, a pessoa em causa ficou bastante consciente do risco e dos cuidados a ter, denotando-se em sessões seguintes pela

demonstração do seu o comportamento de pouca mobilidade do membro e mais atenção ao mesmo. Assim, posso afirmar que devolvi competência na resposta à pessoa com complicações inerentes ao processo terapêutico e ainda diagnostiquei possíveis complicações inerentes ao mesmo (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

Outra situação, passa-se na altura da entrega do pequeno-almoço uma das auxiliares dá conta que uma das pessoas submetida à TSFR. Apresenta alteração do estado de consciência, não apresenta verbalização espontânea, nem quando estimulada, chama de imediato à atenção os profissionais de saúde presentes na sala. Perante isto, e tendo em conta a avaliação XABCDE (Tsadik et al., 2020), observei e senti que o X (sem sinais de hemorragia), A e o B estavam presente, partindo assim para o C, procurei pulsos centrais, era disrítico e filiforme, valor tensional imensurável. Tendo em conta avaliação coloquei a pessoa em *trendelenburg*, este posicionamento tem como objetivo o aumento de volume sanguíneo ao nível cardíaco, permitindo uma elevação da pressão arterial (Paschoal, 2000). Enquanto, o enfermeiro orientador procedeu a reposição de volémia, avaliação da tensão arterial que era imensurável e assim foi possível a recuperação do estado de consciência de score de Glasgow de 15, o que era, o prévio à situação. Isto foi resultante de um peso seco já desatualizado e de uma velocidade de remoção acima do que a pessoa conseguia suportar. A hipotensão arterial um das complicações do tratamento ocorrendo em 20% das sessões, a velocidade de ultrafiltração e o volume ultrafiltrado, são as principais causas (Castro, 2001). Para além, de se ter posicionado a pessoa em *tredelenburg*, deve ser administrado Soro Fisiológico (SF) e diminuir a velocidade de ultrafiltração. Monitorizei minuciosamente os sinais vitais e observei sinais de sintomas específicos, de modo a evitar ou minimizar a intensidade dos episódios (Nascimento, Cristiano Dias; Marques, 2005). Perante o acontecimento relatado posso afirmar que o conhecimento aplicado na prática é coincidente com a teoria, somente uma premissa que não foi possível validar, a antecipação deste efeito secundário inerente à hemodiálise, uma vez que a senhora não apresentou qualquer sinal antecipatório, como câimbra, náuseas ou vômitos. Foi avaliada a tensão arterial (normotensa) e passado alguns segundos decorreu alteração do estado de consciência devido à hipotensão severa. Posso assim validar que prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica(Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da

Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N°140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

Nas linhas que acabou de ler, foram enumeradas algumas situações vivenciadas em contexto de estágio numa clínica de Hemodiálise. Contudo, foi um local bastante enriquecedor, onde pude transferir conhecimento para a minha prática diária. À semelhança do que aconteceu, os próximos parágrafos vão ser sobre as experiências de aprendizagem vividas num Serviço de Urgência, onde será realizada uma descrição da dinâmica do trabalho, a metodologia em práticas e as competências desenvolvidas/afirmadas.

2.2 Serviço de Urgência

O estágio decorreu num SU dentro área metropolitana de Lisboa. A escolha deste local não se deveu só pela sua localização, mas também pela sua vasta área de abrangência no que diz respeito à sua tipologia, ser uma urgência polivalente (Despacho N° 10319/2014 de 11 de Agosto de 2014 Do Ministério Da Saúde, 2014), o que me permitiu desenvolver competências que dificilmente iria ter oportunidade em outro local. Este encontra-se situado no resto do chão do Hospital, a admissão está disponível 24h e é realizada à entrada por dois administrativos. Próxima do local encontra-se a triagem, que fica alocada a três áreas de Intervenção: Reanimação; Ambulatório e Internamento. Mais especificamente, apresenta quatro postos de triagem, duas salas de reanimação, quatro salas de tratamento associadas a cada cor de triagem (verde, amarela, laranja e ainda uma sala dedicada à patologia respiratória). Apresenta diversos postos de observação médica (associados à cor de triagem e atendimento das especialidades médicas de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia e Psiquiatria). O serviço conta ainda com uma sala de Pequena Cirurgia e Sala de Observações de Ambulatório (SOA) com dezasseis unidades de cuidados intensivos/diferenciados Este serviço de urgência tem a tipologia de Polivalente (Despacho N° 10319/2014 de 11 de Agosto de 2014 Do Ministério Da Saúde, 2014), com especificidade de quatro Vias Verdes, recebendo pessoas em situação crítica por Via Verde AVC, Via Verde Trauma e Via Verde Coronários. Após a admissão é realizada a Triagem de Manchester (Jesus, A. Paula ; Okuno, 2021). O algoritmo é preenchido segundo as informações fornecidas pela pessoa originando uma pulseira com uma cor, corresponde à prioridade clínica. De seguida, a pessoa é encaminhada para a sala de espera. Em casos de acompanhamento pela equipa

extra-hospitalar é automaticamente direcionada para a sala de reanimação. Tem uma equipa multidisciplinar rotativa com equipas médicas da especialidade de Medicina e de Cirurgia Geral e, em casos específicos, é chamado ao serviço outra especialidade como por exemplo a Neurologia ou Cirurgia Vasculuar, entre outros. No que à enfermagem diz respeito, para além do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira Coordenadora, a equipa de enfermagem integra cinco equipas, cada uma com cerca de vinte e um elementos (inclui chefe de equipa e coordenador de unidade cuidados diferenciados/intensivos). Esta equipa é muito heterogénea no que se refere à sua experiência profissional, existindo enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros especialistas em reabilitação, em saúde comunitária e em médico-cirúrgica, com vários anos de experiência profissional neste serviço. A prática em SU é baseada em saberes requerentes de perícia para a determinada situação (Benner, 2001). Visa avaliar a informação, identificar um problema, diagnosticar e criar e/ou alterar planos de cuidado, em conformidade com as necessidades que vão surgindo. Assim, pelo menos um enfermeiro proficiente que tenha conhecimento de toda a situação (Matney et al., 2016) deve estar presente em cada turno principalmente no que respeita à pessoa direcionada para sala de reanimação, devido às necessidades de maior complexidade que estas pessoas apresentam. Desta forma, foram definidas oito competências dos Enfermeiros que trabalham em Serviço de Urgência que são: desempenho dos cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para os resultados e a proatividade (De Holanda et al., 2014). O método de trabalho institucionalizado neste serviço varia de sector para sector. A necessidade de organização do trabalho vem desde Florence Nightingale, quando se preocupa com as condições dos hospitais da época, procurando a normalização e regulamentação do cuidado (Bellato et al., 1997). A organização da metodologia de trabalho, varia consoante as condições políticas, económicas e socioculturais de cada período da história (Spagnol et al., 2001). No início do turno é feita a distribuição dos vários elementos da equipa de enfermagem pelos diversos postos existentes. Na sala de reanimação o método de trabalho implementado é o de equipa, no sector laranja e amarelo é o de tarefa e na sala de observações é o método individual de trabalho (Costa, 2004). Embora cada sector tenha o seu método de trabalho, tal não prediz que a equipa não se ajude entre si, por exemplo, o enfermeiro que está escalado na sala de reanimação não ajude o colega que está a fazer triagem e vice-versa. O serviço tem um ambiente favorável ao desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos, este estágio foi desenvolvido dentro do período de 6 de

setembro de 2021 e 27 de outubro 2021 praticando o mesmo horário que o Enfermeiro Orientador e estipulado pelo Sr. Enf^o chefe.

A Enfermagem é uma ciência e uma profissão que tem como centro a pessoa, sendo esta uma fonte de interação. É munida de um conjunto de conhecimento que é aplicado no processo de cuidados (Serrano et al., 2011), desenvolvendo assim um conjunto de competências. Para além do objetivo geral anteriormente citado, nascem assim os objetivos específicos inerentes a este contexto:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família, num Serviço de Urgência;
- Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da pessoa em situação crónica em contexto crítico.

No período que estagiei no SU, pude desenvolver o primeiro objetivo específico. A integração decorreu de uma forma rápida e linear, tendo por base uma dinâmica bastante vinculada. A primeira situação passa-se na primeira semana, com a chegada do Sr. Etelvino dos seus 50 anos, com dificuldade respiratória, edema da língua, *rush* cutâneo generalizado e rouquidão. A equipa que estava na triagem rapidamente identificou os sinais de uma reação alérgica severa e atuou em conformidade. Assim que possível coloquei-lhe um acesso venoso periférico e recolhi sangue para hemograma, estudo de bioquímica e estudo de coagulação, enquanto era preparada a medicação, administrei a terapêutica e o quadro rapidamente reverteu. Após o acontecimento, foi possível recolher alguma informação. O senhor Etelvino já sabia há muito que era alérgico à penicilina. Contudo, estava com uma amigdalite e tinha ido ao hospital no dia anterior, onde prescreveram um medicamento, mas não se lembrou de referir a sua alergia. No dia seguinte, já sentia alguma dispneia, mas não valorizou, continuando com a sua rotina habitual. Só posteriormente se dirigiu ao hospital, mas já apresentava o quadro de sinais anteriormente referidos. A literacia para a saúde visa “*o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante o ciclo de vida*” (Saúde, 2021, p. 11). Porém, o Sr^o Etelvino só compreendeu a gravidade da situação quando os enfermeiros e os auxiliares o direcionaram para a sala de reanimação, o próprio referiu que os sintomas passavam,

dirigiu-se à urgência porque a irmã insistiu. A explicação que lhe dei sobre a reação alérgica ajudou na reflexão e compreensão do que se tinha passado. Em Portugal a percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia para a Saúde apresenta um valor mais elevado comparativamente com a media Europeia (Saúde, 2021). Ao longo do meu estágio na urgência tenho observado que vários comportamentos que se coadunam com esta problemática, como por exemplo: senhora dos seus 40 anos com tamponamento nasal há mais de seis anos; uma pessoa com dor abdominal com evolução de mais de um mês, entre outras situações que poderia continuar a relatar. A educação para saúde é um campo com várias faces, para qual afunilam diversas conceções, tanto da área da educação, como da saúde, as quais refletem múltiplas compreensões da realidade, demarcados posições políticas-filosóficas sobre o homem e a sociedade (Schall, Virgínia T.; Struchiner, 1999). A porta da urgência constitui um importante observatório da condição de saúde e da atuação do sistema de saúde. Através delas se mostram os agravos inusitados a saúde da população, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde (El Hetti et al., 2013). Muitas das vezes a abordagem mais executada é o encaminhamento para o centro de saúde, decisão fundamentada perante a pessoa, sendo uma forma de integrar educação para a saúde. Assim, posso afirmar que demonstrei competência na resolução de problemas, participando em conjunto com a equipa, tendo por base um conhecimento científico, deontológico e ético; avalio o resultado da minha tomada de decisão e com base na área de especialidade (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

A situação que se segue passa-se no final da primeira semana, quando chega ao SU uma ambulância do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com um Srº que apresentava um quadro de dispneia, abdómen timpanizado, não evacuava há mais de 5 dias. Na altura, o Srº acabou por ficar inconsciente e faz um período de apneia, sendo necessário a permeabilização da via aérea, punção arterial para monitorização invasiva e algaliação. Porém, era a primeira situação de elevada complexidade que presenciava: monitorizei, puncionei um acesso venoso periférico e recolhi sangue para análise, rotina básica para toda a pessoa que chega a sala de reanimação. Como a situação era emergente não foi possível a inserção dos dispositivos sob técnica assética rigorosa. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) aumentam a morbidade e a mortalidade, tendo como consequência um prolongamento dos internamentos e acentuam os custos em saúde

(Direção-Geral da Saúde, 2017). Na Europa 5-10% da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem adquire uma ou mais infeções (Gonçalves, 2012). Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos (DGS, 2009). A infeção associada aos cuidados de saúde é um evento adverso transversal em todos os contextos pelo qual tenho passado, quer na minha vida enquanto estudante, quer enquanto profissional de saúde, porém no serviço de urgência este adquire contornos diferentes. No serviço de urgência, existem precauções com IACS, tanto que pode observar-se em vários locais onde está disponível solução antisséptica de base alcoólica (SABA), equipamentos de proteção individual que são usados em conformidade com a situação existente. A higienização das mãos pelo o profissional de saúde é o comportamento mais eficaz, mais simples e mais económico de evitar as IACS (Direção-Geral da Saúde, 2017). O enfermeiro especialista tem um papel primordial nesta temática, deve demonstrar conhecimento dos Planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção; diagnostica as necessidades do contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção; fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos diversos contextos onde presta cuidados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018). Sendo assim é essencial, enquanto futura enfermeira especialista, demonstrar e implementar estratégias como colocar o doseador de SABA junto de mim enquanto procedo a triagem da pessoa que chega a urgência. A colocação do avental e luvas foi sempre efetuado e foi imprescindível na abordagem à pessoa que chega à sala de reanimação. Estas foram as estratégias implementadas que surtiram efeitos nos enfermeiros, de uma forma informal e inconsciente. Através do nosso comportamento podemos fazer com que os nossos pares alterem os deles, promovendo assim a sensibilização para um temática tão premente que é as IACS (Sarroeira et al., 2020). Porém, existem situações que são emergentes, com carácter repentino e imprevisto do seu acontecimento, tratando-se de uma situação crítica em que a proteção do valor vida prevalece (Giglio-Jacquemot, 2005). Tendo em conta a definição do que é uma situação emergente, existe a necessidade de colocação de dispositivos vasculares, que são *“um dispositivo invasivo que corrompem as barreiras naturais do organismo e permitem o acesso direto de microrganismo à corrente sanguínea, local que se pretende estéril. As colonizações do cateter e as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres vasculares, podem ser, em grande parte, evitáveis, tornando-se de extrema importância o desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo de infeções*(Direção-Geral da Saúde, 2006, p. 6). Esta mesma norma recomenda que se deve substituir os dispositivos

vasculares quando não é possível que a sua inserção seja realizada sob técnica asséptica (inseridos em emergência) o mais cedo possível (48h no máximo). Tendo em conta a definição do que é emergência e a inserção de cateter intravasculares, foi identificado a exceção à regra e o porquê da mudança das práticas. Esta situação foi importante para a compreensão, integração da equipa, mas também para a transferência do conhecimento apreendido para outros contextos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

Já no meio do estágio, a Sra. Ester recorreu ao SU com um quadro de dificuldade respiratória, com utilização da musculatura acessória, cansaço a pequenos esforços e taquicardia. Foi observada pela equipa médica que prescreveu 200 mg de hidrocortisona EV, 40 mg furosemida EV e broncodilatadores. A melhoria do quadro foi temporária, como tal, comuniquei à equipa médica que a situação se estava a agravar, prescrevendo 40 mg de furosemida, que surtiu muito pouco efeito. Comuniquei novamente a médica, que foi ver a Sra. Ester, recolheu uma gasometria que revelou um distúrbio no equilíbrio ácido-base, acidose respiratória, que carecia de iniciar ventilação não invasiva (VNI). O conhecimento em enfermagem é um fator fundamental na pessoa em situação crítica, visto que necessita de uma atenção rigorosa voltada para detalhes muitas das vezes encobertos. Saber o que fazer em determinada situação não é o mesmo de saber por que fazer. O conhecimento teórico, fundamentado, é imprescindível para o cuidado de qualidade (G. Barbosa et al., 2013). O que me chamou mais a atenção para além dos sinais apresentados, quer na observação direta à pessoa, quer indireta através da monitorização, foi o fato de Sra. Ester referir estar-se a sentir pior. O quadro que se apresentava à minha frente, fosse de grande preocupação por si só, mas a verbalização do desconforto foi a força motriz, voltei a posicionar, colocando o mais sentada possível na cama, elevando a cabeceira, foi buscar almofada de pus de baixo dos braços de modo a promover a expansão pulmonar, intervenção que diminui o desconforto. O processo de aprendizagem do enfermeiro é contínuo e ascendente, está envolvido num meio natural e cultural, a partir da compreensão e transformação da experiência, possibilitando a criação e recriação do conhecimento. (Ruoff et al., 2016). Foi o que aconteceu com a situação relatada anteriormente, já a tinha vivenciado noutros contextos o que também facilitou a tomada de decisão. O Enfermeiro deve agir com perícia e perspicácia, promovendo a comunicação assertiva e adequada à situação de fragilidade e incapacidade, cuidando com

humanidade todas as vertentes da pessoa (P. Silva, 2018). Não foi apenas a minha experiência profissional anterior que ajudou, a postura assertiva perante a situação, culminaram numa otimização do cuidado à pessoa. O trabalho em equipa também foi primordial para um cuidado otimizador, este visa um estabelecimento de uma relação de reciprocidade, tendo como base a comunicação permitindo assim um articular de diversas ações (Laccort, Alessandra; Oliveira, 2017). Neste contexto também é evidente o processo de transição entre o mundo isento de doença para um mundo diferente, em que estão associados sentimentos de perdas e alienação, necessidade de desenvolver estratégias de coping (Chick, Norma; Meleis, 1986). Era possível verificar que a Sr^a Ester se sentia-a bastante assustada, não compreendendo o que se estava a passar consigo, chegando mesmo a expressar verbalmente o seu desconforto. Os enfermeiros são os principais cuidadores da pessoa e sua família que está em transição, estes têm em atenção as mudanças e alterações que são feitas no dia-a-dia, para além disso são eles que preparam para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionados às experiências de saúde e doença da pessoa (Afaf Ibrahim; Meleis, 2020). Uma das intervenções implementadas foi a otimização do posicionamento de modo a sentir-se mais confortável e melhorar a expansão pulmonar, explicando sempre a justificação de tal cuidado. Após o relato desta situação é possível a viabilidade da competência de gestão de medicação, comunicação assertiva identificando e respondendo de forma antecipatória a focos de instabilidade e evidências fisiológicas de mal-estar (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento Nº140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

A situação que se segue, decorre já no final do estágio, passa-se com a chegada de uma Sr^a Conceição de 85 anos, trazida pelos bombeiros por fatura do colo do fémur por queda. À chegada ao hospital faço a avaliação XABCDE (Tsadik et al., 2020), numa primeira observação exclui imediatamente o X, não existe sinais de hemorragia, valido a sua identificação perguntando o seu nome e, com esta questão, soube imediatamente que e o A estava salvaguardado. Pedi para me contar o que tinha acontecido e percebi que não se lembrava do desfecho do episódio. No entanto, sabia onde estava e em que dia se encontrava. Há medida que a senhora ia relatando o acontecimento vivido, observei que não tinha sinais de dificuldade respiratória, cansaço ao esforço, nem hemorragias visíveis. Desta forma, foi feita a avaliação do BDCE e foi transferida a Sr^a Conceição em segurança para uma maca para posterior avaliação pela cirurgia geral e internada no SOA do serviço.

Independentemente das consequência resultante do trauma, procedi à abordagem ABDCE, como forma de garantir a segurança no cuidado e evitar a indução do erro, pondo em causa a vida da pessoa (Rodrigues, Mateus De Sousa; Santana, Leonardo Fernandes; Galvão, 2017). Neste caso o trauma resultou na fratura do fémur, um dos principais problemas de saúde relacionados com o envelhecimento responsável por alta taxas de comorbilidade e posteriormente o compromisso da qualidade de vida da população idosa (Khow et al., 2017). Esta quando acontece apresenta uma importante causa de hospitalização e posteriormente elevada taxa de mortalidade (Rocha et al., 2018). A problemática aqui apresentada foi um dos pontos que debati com orientador, pois o tempo que a pessoa ficava no SOA imobilizada à espera de cirurgia chegava a ultrapassar os sete dias, não só pelo aumento da mortalidade da situação por si só, mas também pela diminuição da mobilidade. Os estudos demonstram que a imobilidade decorrente de trauma, 25% a 35% desses idosos irão perder a independência funcional de uma ou mais atividades de vida diária, sendo que as perdas mais evidentes no banho e no vestir, que pode ser observada em três dias de hospitalização (King, 2006). Uma das práticas que devia ser implementada seria diminuir o tempo de espera para a cirurgia e consequentemente os malefícios inerentes ao tempo de imobilização, o que requer necessariamente uma mudança nas políticas de saúde e abordagem organizacional. Após a situação vivida fiz o registo em conformidade com a técnica ISBAR (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) em vigor no serviço. Esta técnica tem como objetivo a transição de informação entre equipa prestadora de cuidados de saúde de forma eficaz (DGS, 2017). Esta técnica é bastante útil por vários motivos: permitir uma uniformização da transmissão de informação; diminuir a probabilidade de erro inerente ao momento de transmissão e, por fim, diminuir a perda de informações. A utilização desta técnica facilita o momento da passagem de turno, complexificado pelo número elevado de pessoas em situação crítica no SOA, pelas interferências ambientais e pela grande rotatividade da equipa de enfermagem. Entre o período de 2010-2013 foi evidente que as falhas de comunicação continuam a ser as não conformidades que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos (Shapiro, 2017). Esta é uma técnica que pretendo transferir para outros contextos, da mesma forma que outras técnicas/estratégias/conhecimento têm sido transferidos para este local de estágio. Com esta situação posso afirmar que deu visualização aos cuidados da pessoa com trauma, identificando um possível foco de instabilidade, feita uma avaliação correta da situação (Regulamento n.º

429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N°140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

As duas situações que se seguem decorreram no final do percurso de estágio e também se enquadram no segundo objetivo específico: **Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da pessoa em situação crónica em contexto crítico.** Enquanto passava no meio da sala da Zona Laranja pude observar um idoso dos seus oitenta anos, deitado numa maca, que apresentava alteração do comportamento quando se aproximava qualquer pessoa estranha, demonstrando-se agressivo, quer fisicamente, quer verbalmente. A filha que o acompanhava, tinha postura dócil, preocupada e falava de forma pausada e calma. A alteração do ambiente em idosos é promotora de estados confusionais agudos (Avelino-silva, 2014). Após a avaliação da equipa médica, o Sr. Joaquim foi avaliado pela equipa de enfermagem, devido as alterações do seu estado de consciência, mais acentuado do que era habitual. A minha primeira abordagem foi explicar de forma concreta e clara o que iria fazer, mas quando toquei no Sr. Joaquim originei um quadro de agressividade física e verbal. A minha intenção era puncionar um acesso venoso periférico e realizar uma recolha de sangue, mas não poderia fazer sem lhe tocar. O meu pensamento foi: como diminuir a agressividade? Tive a reformulação de estratégia, integrando a filha (Sra. Mariana) que estava muito preocupada com o pai. Pedi-lhe ajuda e perguntei-lhe se sentia capaz de falar e segurar o braço do pai enquanto eu realizava o procedimento. À medida que a Sra. Mariana falava com o Sr. Joaquim sobre o que se tinha passado naquele dia, puncionei de forma rápida e precisa, embora não pudesse evitar a alteração de comportamento, mas diminui o fator de impacto, conferindo algum conforto ao idoso e à filha. Esta acabou-me por agradecer, ficando mais descansada quando está junto do pai. O envelhecimento é definido pela ocorrência de múltiplas transições, nomeadamente pelo aparecimento de doença crónica (Chick, Norma; Meleis, 1986). A pessoa ao longo do seu ciclo vital vai estabelecendo relações hierárquicas, atribuindo-lhes significado, neste caso a filha tem um papel e uma importância bastante significativa, comparativamente com outra pessoa (Cipolli, Gabriela Cabett; Vieira, 2017). Estas relações são de diversas natureza, relações formais ou informais, quer com amigos quer com colegas, que vão ao encontro da necessidades inerentes à condição humana (Conroy et al., 2010). Estas ligações são promotoras de benefícios para a saúde reduzindo o stress, construindo estratégias para lidar com o mesmo, e são esses vínculos que vão permitir ao idoso diminuir o impacto dos estados confusionais agudos (Kuiper et al., 2015). Neste contexto,

também podemos incluir o conforto, conceito subjetivo, difícil de definir, que tem diferentes significados para diferentes pessoas (Carneiro Mussi, 1996). Enumerando uma das definições e tendo em conta a teoria do conforto, este define-se como: *“é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa a possa viver, produto de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ... Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, conferem significado à sensação de conforto: Segurança, Controlo, Realização do Eu, Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento, Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida...”* (Veludo, 2018, p. 131). Este conceito, remete-nos para uma sensação, independentemente da sua natureza, com significado, neste caso em particular para o Sr^o Joaquim que diminui o seu estado de agitação psicomotora e a Sra. Mariana fez com que ela encontrasse alguma paz. As intervenções dirigidas à promoção do conforto do idoso são realizadas pela interação entre o profissional, o contexto e a vontade de ele acontecer (Lucena et al., 2020). No que respeita especificamente a estado confusionais agudos, este conforto passa pela presença da pessoa significativa, a filha (Avelino-silva, 2014). A situação descrita fez-me refletir sobre a magnitude do conforto e os vários atributos a si associados, quer para aquele que é alvo do cuidado de forma direta (Sr. Joaquim) e indireta (Sra. Mariana), quer no contexto em que foi prestado, que não é propício a determinado tipo de cuidado. Com este cuidado foi possível diminuir o fator de stress ao Sr. Joaquim e assim a filha pode acompanhar toda a situação do pai e ser parte integrante do processo, diminuindo assim também a preocupação desta. O local onde foi realizado a punção periférica era ao lado da sala de espera da Zona laranja, não foi alvo de constrangimentos, mantendo o seu ambiente e não causando incómodos àqueles que padeciam naquele local. Após esta situação disse para acompanhar o Sr. Joaquim à Tomografia axial computadorizada (TAC), seria outro momento desencadeado de stress, mas o impacto seria de menores dimensões. Com posso afirmar que o presente relato deu visibilidade sobre a relação entre a pessoa e sua família, adequando e implementado as estratégias de comunicação à pessoa e ao contexto, demonstrei estratégias que diminuiram a ansiedade do cuidador (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento Nº140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

A outra situação que vai também ao encontro do segundo objetivo, aconteceu quando Sra. Joaquina de 90 anos, foi trazida pelo INEM após quadro de crise convulsiva. À chegada

ao hospital já se encontrava consciente, com o score de Glasgow habitual, prévio à situação. Contudo, teve-se que mudar a roupa à Sra. Joaquina por perda de controlo de esfínteres durante o episódio sintomático. Na observação física, observou-se várias úlceras por pressão em fase I (eritema não branqueável) nas proeminências ósseas e uma úlcera de fase IV na região sagrada (Menoita, 2015). O enfermeiro que estava com o seu cuidado, com pouca experiência profissional, reconheceu a minha competência no cuidado a pessoas com ferida complexa, assim como na definição do melhor tratamento para a lesão. Perante isto, expliquei quais era os tecidos presentes na ferida, quais os viáveis e os não viáveis à cicatrização. Enumerei alguns dos materiais de pensos mais adequados, qual a sua finalidade e supervisionei a colega na realização do penso a seu pedido. O serviço de urgência é bastante dinâmico e carece de vários conhecimentos, porém este está em constante mutação, com alterações sociais, humanas e tecnológico, com carácter provisório (Alves, Cecilia; Pacheco, 2017). Desta forma, a formação contínua, mesmo que integrada no cuidado, é imperativa o que se reflete numa melhor qualidade do cuidado (Varandas, Maria De Lourdes; Lopes, 2012). A supervisão clínica tem como principal objetivo a melhoria do cuidados, dando a oportunidade de desenvolver competências e conhecimentos e consequentemente a melhoria da prática (Alves, Cecilia; Pacheco, 2017). Neste caso concreto, a área de conhecimento era do meu domínio, podendo assim contribuir para a qualidade do cuidado e munir o colega de alguma competência para casos semelhantes. Posso assim afirmar que foram demonstradas competências ao nível da supervisão clínica de pares, sendo um elemento facilitador no processo de aprendizagem, introduzindo novas práticas e conhecimentos e consequentemente uma melhoria na qualidade do cuidado (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018; Regulamento N.º140/2019 de 6 de Fevereiro Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)

A variedade de experiências quer no mesmo sítio, quer nos dois locais foram bastante enriquecedoras, não existe dois dias iguais. Na clínica de hemodiálise foi bastante notório a importância do Enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, embora TSFR esteja bastante desenvolvido ainda carece de efeito secundário com notável precursão hemodinâmica. O serviço de urgência é a porta direita para a rua, sendo sempre desejável um conjunto de conhecimento infundável das mais diversas áreas e uma capacidade de adaptação por parte dos enfermeiros, principalmente aquele que fica na sala de

reanimação. Saiu daí um ser humano e profissional mais rico, transferindo para a minha prática e conseqüentemente para a minha equipa tranquilidade e segurança.

CONCLUSÃO

O presente trabalho descreveu o percurso de mais uma etapa de carácter profissional concluída, reflete um esforço individual, persistência, resiliência e empenho, que foi possível terminar com a ajuda de todos os enfermeiros orientadores e professores. Ao longo dele podemos verificar a presença de objetivos da área da investigação, através da realização da revisão de literatura “*A pessoa com doença crónica em situação crítica: Uma Scoping review*”, do conhecimento e de uma prática devidamente fundamentada, no que se refere à aquisição e afirmação de competências nos locais de estágio. Referente ao fenómeno de estudo sobre o cuidado da pessoa com doença crónica em situação crítica, para além das limitações que estão descritas no documento, salienta-se o desenvolvimento deste artigo foi tendo conta os critérios da revista para a qual quero publicar o artigo. Os resultados alcançados consistiram no desenvolvimento das competências técnicas, práticas e científicas, permitindo o cuidado especializado e qualificado à pessoa em situação crítica, tendo como finalidade o aumento de ganhos em saúde e gestão de recursos.

Posso afirmar e sublinhar que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados, quer na parte na revisão da literatura, quer na análise crítica e reflexão do desenvolvimento e afirmação de competências. Porém, foram sentidas algumas limitações ao longo deste percurso, como a fundamentação teórica mais direcionada à prática, no sentido de haver lacunas ou melhor estudo com validade científica que reforçassem as competências desenvolvidas e afirmadas. No segundo capítulo tive algumas indecisões na escolha das situações mais adequadas para validar competências. Porém, foi possível reforçar a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contexto de grande complexidade e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar novo conhecimento, ligar com questões com múltiplas variáveis, desenvolvendo soluções, foram incluídas reflexões que descrevem essas mesmas situações.

Desenvolvi a capacidade de reflexão crítica, importante para a melhoria da qualidade do cuidado. Na Clínica de Diálise foi possível abrir horizontes no que respeita à dinâmica da vida da pessoa com doença crónica e o seu impacto, essa estabilidade pode ser alterada drasticamente de um segundo para o outro, passando para uma situação crítica. Também permitiu lembrar um pouco a limitação da minha ação enquanto enfermeira fora do contexto hospitalar, não tendo os recursos quer humanos, quer materiais para a prestação do cuidado que muitas vezes é de igual complexidade. No SU proporcionou uma diversidade e complexidade de situações bastante enriquecedoras para o desenvolvimento, afirmação de competências, que também podem ser transferidas futuramente para outros contextos de trabalho. Também permitiu conhecer outras formas de trabalhar e de gestão de cuidados completamente novas, dando ferramentas imprescindíveis.

Saio deste processo de aprendizagem com um olhar diferente, mais perspicaz e especializado no que se refere à pessoa em situação crítica. Também saí um ser humano mais rico e mais tranquilo, esta “viagem” tornou-me mais segura do mundo que me rodeia e mantendo a vontade para uma prática baseada no cuidado de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AATH. (2020). Association For Applied And Therapeutic Humor | United States. In *AATH.org*. <https://www.aath.org/>
- Alves, Cecilia; Pacheco, A. (2017). *A Informação como Suporte à Supervisão de Pares em Enfermagem*. September 2016. <https://doi.org/10.29352/mill0201.08.0000>
- Amestoy, S. C., Trindade, L. de L., Silva, G. T. R. da, Santos, B. P. dos, Reis, V. R. dos S. S., & Ferreira, V. B. (2017). Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0276>
- APIR. (2016). *Sintomas Comuns Opções de Tratamento*. 1–5.
- Aragón, Z. (2010). *O papel do enfermeiro na insuficiência renal crónica*. 12–51. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2461/4/TFLACSO-2010ZVNBA.pdf>
- Arruda, Guilherme Oliveira de Renovato, R. D. (2012). Uso de medicamentos em transplantados renais: práticas de medicação e representações. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 157–164. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000400020>
- Avelino-silva, T. J. (2014). *Estado confusional agudo*.
- Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Tosoli, A. M. G., & Souza, F. B. A. de. (2020). A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia. *Enfermagem Em Foco*, 11(1.ESP). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.esp.3792>
- Barbosa, G. R., Alves, F., & Gonçalves, F. (2013). *Distúrbios metabólicos em pacientes críticos : Um estudo de revisão integrativa da literatura*. 1–13.
- Bellato, R., Pasti, M. J., & Takeda, E. (1997). Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(1), 75–81. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691997000100009>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (pp. 10–270). Coleção Enfermagem.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice

- nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x>
- Calderaro, Rachel ; Heller, L. (2001). Surto de reações hemolíticas associado a residuais de cloro e cloraminas na água de hemodiálise. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 481–486. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102001000500012>
- Camillo, Simone; Maiorino, F. (2012). A importância da escuta no cuidado de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 549–555. <https://doi.org/10.5380/ce.v17i3.27826>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta de Enfermagem. *PsiLogos*, 15(1), 91–101.
- Carneiro Mussi, F. (1996). Conforto: revisão de literatura. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 30(2), 254–266. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000200006>
- Castilho, A., Ferreira, P., & Martins, M. (2016). *Liderança em enfermagem e segurança dos doentes*. 2. http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie9_%0DSerie2.pdf.
- Castro, M. C. M. De. (2001). Atualização em diálise - complicações em diálise. *J Bras Nefrol*, v(2), 108–113.
- Certo, A., Sanchez, K., Galvão, A., & Fernandes, H. (2016). *Modelo artigo AESA*. 1(1), 2182–9314.
- Chiarchiaro, B. J., Olsen, M. K., Steinhauer, K. E., & Tulsy, J. A. (2013). *Admission to the intensive care unit and well-being in patients with advanced chronic illness*. 22(3), 223–231.
- Chick, Norma; Meleis, A. (1986). *Transitions : A Nursing Concern*. 237–257.
- Cipolli, Gabriela Cabett; Vieira, D. (2017). *Psico Relações sociais , cognição na doença de Alzheimer : revisão sistemática*. 48(4), 329–338.
- Clínicas, P., Desarrollo, Y. E. L., Competencias, D. E. L. A. S., Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *INTERDISCIPLINARIDADE , ESTÁGIOS CLÍNICOS E DESENVOLVIMENTO*. 14(3), 373–382.
- Collière, M. F. (2010). *Promver la Vida*.

- Conroy, R., Golden, J., Jeffares, I., O'Neill, D., & McGee, H. (2010). Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 463–473. <http://10.0.4.56/13548506.2010.487103>
- Costa, J. dos S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, 0(30), 234–251.
- Daly, Donnelle; Matzel, S. C. (2013). Building a Transdisciplinary Approach to Palliative Care in an Acute Care Setting. *Omega: Journal of Death & Dying*, 67(1/2), 43–51. <https://doi.org/10.2190/OM.67.1-2.e>
- De Holanda, F. L., Marra, C. C., & Cunha, I. C. K. O. (2014). Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373–379. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400062>
- Despacho n° 10319/2014 de 11 de Agosto de 2014 do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série - n.º 153 (11-08-2014) 8174 (2014).
- DGS. (2009). *VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE*. <https://pns.dgs.pt/opinioao-infec/>
- DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Dias, A. B., Oliveira, L., Dias, D. G., & Santana, M. da G. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 603–607. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000500012>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *E Controlo De Infecções E De Resistência Aos*. 8, 24.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Recomendações para Prevenção da Infecção Nosocomial Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*, 31.
- El Hetti, L. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Fortuna, C. M., & Maziero, V. G. (2013). Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 973–982. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.24405>

- Epcc, I. X., Internacional, E., Universit, C., & Estadual, U. (2015). *Anais Eletrônico*. 9–11.
- Evaristo, L., Cunha, A., Morais, C., Samselski, B., Esposito, E., & Miranda, M. (2020). *Complicações durante a sessão de hemodiálise **. 316–324.
- Farias, Gabriela;Martins, R. (2015). Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(48), 195–209.
- Fernandes, L., Prado, B. da C., Castro, F. P. dos S., Brito, R. F., Maciel, S. C., & Avelar, T. C. (2018). Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF*, 23(1), 163–172. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230114>
- Gaskell, Lynne; Beaton, S. (2015). Developing clinical competency: Experiences and perceptions of Advanced Midwifery Practitioners in training. *Nurse Education in Practice*, 15(4), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.001>
- Giglio-Jacquemot, A. (2005). Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. In *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. <https://doi.org/10.7476/9788575413784>
- Gonçalves, S. M. F. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. 1–184. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Guerra, J. (2009). Proposta para a criação do núcleo de estudos sobre gestão da doença crónicas da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1–17.
- Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). *Enfermagem Avançada – Conceptualização através de Grupos Focais*. 8, 138–144. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>
- Hirano, E. S., Mantovani, M., & Morandin, R. C. (2003). *Modelo experimental de choque hemorrágico I*. 18(5), 465–470.
- Holsworth, Cheryl;Gallagher, S. (2017). Managing care of critically ill bariatric patients. *AACN Advanced Critical Care*, 28(3), 275–283. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017342>

- IASP. (2020). *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/>
- Janeiro, J. M. da S. V. (2012). *O significado do toque em enfermagem*. http://files.jvilelas.webnode.pt/200000062-200ea21091/O_SIGNIFICADO_DO_TOQUE_EM_ENFERMAGEM.pdf
- Jesus, A. Paula ; Okuno, M. P. (2021). *Sistema de Triagem de Manchester : avaliação em um serviço hospitalar de emergência*. 74(3), 1–9.
- Jesus, N. M., Souza, G. F. de, Mendes-Rodrigues, C., Almeida Neto, O. P. de, Rodrigues, D. D. M., & Cunha, C. M. (2019). Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia : 'orgao Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 41(3), 364–374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Khow, K. S. F., Shibu, P., Yu, S. C. Y., Chegade, M. J., & Visvanathan, R. (2017). Epidemiology and postoperative outcomes of atypical femoral fractures in older adults: A systematic review. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 21(1), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0652-3>
- King, B. D. (2006). Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 15(5), 265–272.
- Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F. D. K., East, L., Fraser, D., Wong, F. K. Y., & Beauchesne, M. (2014). Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN. Vol19No02Man05>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39–57. <http://10.0.3.248/j.arr.2015.04.006>
- Laccort, Alessandra; Oliveira, G. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Revista UNINGÁ Review*, 29(3), 6–10.
- Lana, R. M., Coelho, F. C., Da Costa Gomes, M. F., Cruz, O. G., Bastos, L. S., Villela, D. A. M., & Codeço, C. T. (2020). The novel coronavirus (SARS-CoV-2)

- emergency and the role of timely and effective national health surveillance. *Cadernos de Saude Publica*, 36(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019620>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Inesctec*, 112. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lucena, S., Faria, F., Cordeiro, L., Coutinho, D., Silva, L., & Freitas, M. (2020). Cuidado de Enfermagem à Idosa com Síndrome da Fragilidade fundamentado na Teoria do Conforto TT - Nursing care for elderly women with fragility syndrome based on comfort theory. *Enferm. Foco (Brasília)*, 11(5), 20–26. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3417/1019>
- MacDonald, J. A., Herbert, R., & Thibeault, C. (2006). Advanced Practice Nursing: Unification Through a Common Identity. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 172–179. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.009>
- Machado, W. C. A., da Silva, V. M., da Silva, R. A., Ramos, R. L., de Figueiredo, N. M. A., Branco, E. M. da S. C., Rezende, L. K., & Carreiro, M. de A. (2016). Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: Necessary referrals to rehabilitation. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(10), 3161–3170. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17232016>
- Madureira Dias, A., Cunha, M., Marques Dos Santos, A., Gandra Neves, A., Coimbra Pinto, A., Anjos Silva, A., & Armindo Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 201–219.
- Malheiro, O. Soares, A. (2012). Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. *Enfermeria Global*, 11(28), 276–294.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem : *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66.
- Matney, S. A., Stagers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' Wisdom in Action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333393616650081>

- Meleis, Afaf Ibrahim; (2020). Transitions Theory - Midle Range And Situation-Specific Theoris in Nursing Reasearch and Practice. In *Foundations of Art Therapy Supervision* (Springer p). <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2016). Theoretical nursing: Development and progress. In *Theoretical Nursing: Development and Progress* (wolters KI). <https://doi.org/10.2307/3425219>
- Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Menoita, E. (2015). *Gestao Feridas Complexas.Pdf*. Lusodidacta.
- Miguel, R., Correia, L., Conceição, I., & Cerejeira, S. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 0(49), 153–171.
- Mira, A. R., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). Manual de Nutrição e Doença Renal. In *Associação Portuguesa dos Nutricionistas*.
- Murphy, S. A. (1990). *Human responses to transitions: A holistic nursing perspective*.
- Nascimento, Cristiano Dias; Marques, I. R. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem.*, 58(6), 719–722. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000600017>
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1), 12–17. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Neves, K., Texeira, M., Branco, E., Escudeiro, C., & Araújo, S. (2020). *Lesões cutâneas com evidência clínica para o cuidado de enfermagem na nefrologia*. 2507(February), 1–9.
- OE. (2008). *Guia orientador de boa prática. Cadernos OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ohkubo, T., Uno, T., & Sugawara, K. (1994). Enantiomer separation of dihydropyridine derivative calcium antagonists by high-performance liquid chromatography with chiral stationary phases. *Journal of Chromatography A*, 659(2), 467–471.
[https://doi.org/10.1016/0021-9673\(94\)85088-7](https://doi.org/10.1016/0021-9673(94)85088-7)
- Olimpio, J., Araújo, J., Pitombeira, D., Enders, B., Sonenberg, A., & Vitor, A. (2018). Prática avançada de Enfermagem, uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 674–680.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise - Guia Orientador de boa prática. In *Ordem dos Enfermeiros (OE)* (Vol. 1, Issue 9).
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros, nº 135 Diário da República, 2.ª série 19359 (2018).
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, nº26 Diário da República, 2.ª série 4744 (2019).
- Padilha, J. M. dos S. C., Oliveira, M. F. dos S., & Campos, M. J. A. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão doença pulmonar obstrutiva crônica INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW ON TREATMENT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(4), 1129–1134.
- Paiva, A. S. (2007). *Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*.
- Paschoal, M. (2000). Respostas Da Pressão Arterial Na Posição De Trendelenburg. *Revista Ciência Médica*, 9(3), 115–122.
- Paula, E. A. de, Costa, M. B. M. A. R., Colugnati, F. A. B., Bastos, R. M. R., Vanelli, C. P., Leite, C. C. A., Caminhas, M. S., De Paula, R. B., DAMIAN FARROW, JOSEPH BAKER, A. C. M., Vis, B., Salgado, C. L., Monteiro, M., Castelo, M., Spigolon, D. N., Teston, E. F., Costa, M. B. M. A. R., Maran, E., Souza, R. R. de, Neto, A. M., ... Haddad, S. (2016). Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil Doença Renal Crônica. *Nefrologia Multidisciplinar*, 12(7), 2293–2300.
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_res

umo_doenca_renal_crônica_TSRS.pdf

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pevzner. (2017). family surrogate decision making in chronic critical illness: A qualitative analysis. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148.
<https://doi.org/10.4037/ccn2019176.Family>
- Portal da Diálise. (2017). *Insuficiência Renal Crônica*.
<https://www.portaldadialise.com/articles/dia-mundial-do-rim-2017>
- Porto Editora. (2020). *transição | Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/transição>
- Queiroz, A., Barcelos, E., Galvan, E., Oliveira, F., & Furtado, V. (2012). A Importância da Comunicação em Enfermagem no Cuidado com o Cliente. *Comunicando Enfermagem*, 1–6.
https://www.etecparquedajuventude.com.br/Cursos/Enfermagem/Artigos/Comunicacao_pub_set_2012.pdf
- Ramalho Neto, J. M., Marques, D. K. A., Fernandes, M. das G. M., & da Nóbrega, M. M. L. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 162–168. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
- Rego, A. (2016). *Organizar a prestação de cuidados por “ Enfermeiro de referência” promove a qualidade*. 59, 68–75.
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, Pub. L. No. Diário da Republica 2ª serie nº140 (2019). www.dre.pt
- Renaud, I. C. R. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 2–8.
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & da Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

- Rocha, V. M., Gaspar, H. A., & Oliveira, C. F. de. (2018). Fracture risk assessment in home care patients using the FRAX® tool. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(3), eAO4236. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4236>
- Rodrigues, Mateus De Sousa; Santana, Leonardo Fernandes; Galvão, I. M. (2017). *Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado Use of ABCDE in caring for the traumatized*. 96(4), 278–280. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>
- Romão Junior, J. E. (2004). Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrol.*, 26(3 suppl. 1), 1–3.
- Ruoff, A. B., Kahl, C., Oliveira, S. N. de, Melo, L. V. de, Andrade, S. R. de, & Prado, M. L. do. (2016). Experiential Learning and Knowledge Creation: Applications in Nursing. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 1–6. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160056>
- Santos, A. M. R. dos, Almeida, C. A. P. L., Cardoso, S. D. B., Rocha, F. C. V., Meneses, S. F. L. de, Felix, L. N. da S., & Sá, G. G. de M. (2018). Intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(11), 3110. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236650p3110-3124-2018>
- Sarroeira, C., Cunha, F., & Simões, J. (2020). Coaching & Enfermagem: Uma Análise Qualitativa da Literatura Coaching & Nursing: a qualitative analysis of literature. *Rev UIIPS*, 8(1), 42–56. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Saúde, E. M. (2021). *Para a Literacia Health Literacy Action Plan*.
- Schall, Virgínia T.; Struchiner, M. (1999). *Educação em saúde : novas perspectivas Health education : new perspectives*. 1–3.
- Seaberg, P. H., McCarthy, L. H., & Hamm, R. M. (2014). For patients with terminal chronic illness, does more face-to-face time with a healthcare provider decrease aggressive end-of-life (EOL)care such as ICU admission, feeding tube placement, CPR, or intubation? *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 107(11), 589–591. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25796765&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/riii1019>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Doenças Crónicas*. <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/Paginas/Doençã sCronicas.aspx>
- serviço nacional saude. (n.d.). *Doenças Crónicas*. Retrieved June 1, 2021, from <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/Paginas/Doençã sCronicas.aspx>
- Shapiro, J. (2017). ISBAR: A Better Way to Communicate. *Practice Perfect, January 20*(Podiatry Management), 41–42.
- Silva, R. S. da, Melo, S. S. B. de, & Torres, A. de G. (2020). Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise : uma revisão narrativa Nursing care in the maintenance of arteriovenous vascular access in chronic renal patients undergoing hemodialysis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 44*, 1–7.
- Silva, P. M. (2018). Comunicar - “Uma Arte.” *Nursing*. <https://www.nursing.pt/comunicar-uma-arte/>
- Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saude Publica, 30*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.11.001>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Antunes, A., Frade, M., Severino, S., & Valentim, O. (2019). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*(4), 1078–1085. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>
- Sousa, M. d, Silva, A., Bezerra, A., Freitas, J., & Miasso, A. (2013). Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 47*(1), 76–83. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100010>
- Souza, M. F. (1988). Teorias de enfermagem- Importância para a profissão. *ACTA Paulista de Enfermagem, 63–65*.

- Spagnol, C. A., Fernandes, M. S., Flório, M. C., Barreto, R. A., Sant'Ana, R. P., & de Carvalho, V. T. (2001). O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 35(2), 122–129. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342001000200005>
- Toso, B., Padilha, M., & Breda, K. (2019). O eufemismo das boas práticas ou a prática avuçada de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 23(3), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0385>
- Tsadik, D., Berhane, Y., Worku, A., Luo, D., Cheng, Y., Zhang, H. H., Ba, M., Chen, P., Li, H., Chen, K., Sha, W., Zhang, C., Chen, H. H., Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Ansar J, Dwinata I, M. A., Agus Triono, I. H., Fitriyani, Y., Wuni, C., Wolfe, D. T., ... Haris, A. (2020). Alterações na atualização do novo PHTLS: XABCDE do trauma. *International Journal of Hypertension*, 1(1), 1–171. <http://etd.eprints.ums.ac.id/14871/%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.cell.2017.12.025%0Ahttp://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf%0Ahttp://www.who.int/about/licensing/%0Ahttp://jukuunila.com/wp-content/uploads/2016/12/Dea>
- Varandas, Maria De Lourdes; Lopes, A. (2012). *Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem : a necessidade de uma mudança de paradigma educativo*. 141–158.
- Veludo, F. (2018). *CONFORTO ENQUANTO SENSACÃO - Análise do conceito*. Universidade Católica Portuguesa.
- Vides, Mariana; Martins, M. (2017). Bone pain assessment in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Revista Dor*, 18(3), 245–249. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>
- Wong, F. (2018). Development of advanced nursing practice in China: Act local and think global. *International Journal of Nursing Sciences*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.003>
- World Health Organization. (2010). Global status Report- on noncommunicable diseases. In *Public Health: An action guide to improving health*.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199238934.003.15>

Apêndices

Apêndice I:

Protocolo de Investigação- Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: um protocolo de uma scoping review

Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: um protocolo de uma *scoping review*

Introdução

Segundo a organização mundial de Saúde a doença crónica é: “*uma doença que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados*” (World Health Organization, 2010, p. 2) . As principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, doenças respiratória, oncológica, cerebrovasculares e diabetes (Epcc et al., 2015). Esta atinge 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa. Cerca de 70 a 80% do orçamento de saúde é gasto no tratamento destas doenças (Serviço Nacional Saude, 2021.). A pessoa com doença crónica sobrevive durante um intervalo de tempo considerável, devido as intervenções mais eficazes disponíveis pelos sistemas de saúde (Guerra, 2009). Os processos de saúde-doença da pessoa em situação crónica e sua família são estudados, na literatura, essencialmente em contextos de cuidados de saúde terciário (Madureira Dias et al., 2011; Padilha et al., 2010). A especificidade da pessoa a vivenciar processos de saúde-doença prolongada é determinante na humanização, ou seja, na procura de um cuidado centrado na pessoa. Este fenómeno torna-se relevante quando acresce, a essa especificidade, vivenciar processos de saúde-doença em situação crítica.

Devido à escassez de síntese de evidência disponível sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica, torna-se pertinente o mapeamento desta problemática. Esta tem como objetivo mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica. Mais especificamente, esta revisão pretende dar resposta a seguinte questão: Quais as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa em situação crónica? Tendo em conta esta problemática será realizada uma pesquisa preliminar nas seguintes bases: CINHAL; *Cochrane*; *MedicLatina*; MEDLINE. Tendo em conta o objetivo da presente revisão selecionamos os procedimentos metodológicos da uma *scoping review*, tendo em consideração as normas propostas pela *Joanna Briggs Institute para Scoping Review I* (Peters et al., 2020).

Critério de Inclusão

Para a definição dos critérios de inclusão, utilizou-se a mnemónica “PCC- Poluição, conceito e contexto” de acordo com as recomendações da JBI para as scoping review.

População: A revisão considerará os estudos que incluem pessoa que tenham doença crónica. Não serão incluídas idades inferior a 18 anos;

Conceito: Será revista a literatura referente a qualquer área de estudo no âmbito do cuidado;

Contexto: A revisão será limitada ao contexto de pessoa em situação crítica;

Tipos de Fontes: Serão considerados os estudos do tipo, quantitativo, qualitativo e misto, primário, secundário e literatura cinzenta, que respondem à questão de investigação. Incluirá estudos escritos em português, inglês e espanhol, sem restrição temporal e com acesso integral ao texto gratuitamente.

Critério de Exclusão

Nesta scoping review serão excluídos artigos que incluam como participantes pessoa com doença aguda em situação crítica, artigos com abordagem a intervenções farmacológicas e estudos que abordem o fenómeno de estudo em uma vertente biomédica.

Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa tem como objetivo encontrar estudos publicados. Neste sentido, procura-se inicialmente os descritores na plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Inicidimos a pesquisa nas seguintes bases: CINHALL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection.

A partir dos termos e através de análise detalhada das palavras incluídas nos artigos encontradas na pesquisa, foi adotada uma estratégia de pesquisa. Que consiste na construção da seguinte frase booleana constituída pelos seguintes termos: (((“critical care” [title/abstract] OR “critical ill*” [title/abstract] OR “critically ill patient*”[title/abstract] OR “intensive care” [title/abstract] OR “icu” [title/abstract]))

AND (“chronic disease” [title/abstract] OR “chronic ill*”[title/abstract] OR “long term conditions” [title/abstract] OR “chronic conditions” [title/abstract]))

A partir da constrição da equação booleana foi possível a construção do Quadro de cruzamento de descritores, que é o seguinte:

Marcador	Palavra -Chave	Local de Pesquisa	Resultado
S1	critical ill*	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	18,385
S2	critical ill* patient	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	57,944
S3	critical care	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	63,428
S4	Intensive care	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	265,886
S5	icu	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	119,550
S1 or S2 ou S3 or S4 orS5	S6	CINAHL, Cochrona, Medline,	392,474

		Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	
S7	Chronic disease	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	61,183
S8	Chronic ill*	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	33,257
S9	Long term conditions	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	4,327
S10	Chronic conditions	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	29,728
S7 or S8 or S9 or S10	S11	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	122,238
S6 AND S11	S12	CINAHL, Cochrona, Medline, Mediclactine, Nursing & Allied Health Collection	258

Seleção da fonte de evidência

Após a pesquisa, os artigos encontrados serão exportados para a aplicação rayyan, onde serão eliminados os duplicados. Posteriormente a seleção dos artigos será realizada por duas etapas. A primeira etapa visa a leitura dos títulos e resumos e a eliminação dos que não cumpre os critérios de inclusão propostos.

Na segunda etapa, os artigos que parecem que cumprem os critérios de inclusão serão lidos os textos integralmente para verificar a adequação dos mesmo aos critérios de inclusão, posteriormente serão transferidos para o Mendeley. Após o processo de seleção será realizado um diagrama de fluxo (PRISMA).

Extração e análise dos dados

Após a seleção dos estudos, os dados serão extraídos desses mesmos artigos e incluídos na scoping review. Nesta etapa, para registrar as informações mais importantes de cada estudo, existem ferramentas padronizadas. Em específico, para a elaboração de *Scoping review* a *Joanna Briggs Institute* disponibiliza o *template of evidence details, characteristics and results extraction instrument* (Quadro 1). A ferramenta de extração de dados referida será alterada de acordo com necessidades encontradas durante este processo.

Apresentação dos resultados

Tal como sugerido pela *Joanna briggs Institute (JBI Global Wiki, 2021.)*, os resultados da *scoping review* serão apresentados em tabela, facilitando assim o mapeamento dos dados extraídos. Para a síntese dos dados será efetuada por um resumo lógico e em formato descritivo. Planeia-se recorrer, em complementaridade, a diagramas ou tabelas como forma de melhor evidenciar o mapa dos dados extraídos

Conclusão:

O presente protocolo sistematiza as etapas metodológicas conducentes à realização de uma ScopingReview. Com a elaboração e divulgação dos seus resultados aspira-se descrever a extensão, o alcance e a natureza da investigação deste fenómeno, útil para futuros investigadores na visualização do conhecimento disponível. Pretende-se, em

complementaridade, uma maior sensibilização dos profissionais de saúde em contextos de cuidado crítico, na especificidade da assistência à pessoa em situação crónica.

Referências Bibliográficas:

- Epcc, I. X., Internacional, E., Universit, C., & Estadual, U. (2015). *Anais Eletrônico*. 9–11.
- Guerra, J. (2009). Proposta para a criação do núcleo de estudos sobre gestão da doença crónicas da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1–17.
- JBI Global Wiki*. (n.d.). Retrieved November 4, 2021, from <https://jbi-global-wiki.refined.site/>
- Madureira Dias, A., Cunha, M., Marques Dos Santos, A., Gandra Neves, A., Coimbra Pinto, A., Anjos Silva, A., & Armindo Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 201–219.
- Padilha, J. M. dos S. C., Oliveira, M. F. dos S., & Campos, M. J. A. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão doença pulmonar obstrutiva crônica INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW ON TREATMENT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(4), 1129–1134.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pevzner. (2017). family surrogate decision making in chronic critical illness: A qualitative analysis. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.4037/ccn2019176>.Family
- serviço nacional saude. (n.d.). *Doenças Crónicas*. Retrieved June 1, 2021, from <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/Paginas/Doençã sCronicas.aspx>
- World Health Organization. (2010). Global status Report- on noncommunicable diseases. In *Public Health: An action guide to improving health*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199238934.003.15>

Quadro 1: *Template of evidence details, characteristics and results extraction instrument*

Detalhes da Scoping Review	
Título da Scoping review	
Objetivo (s) da Scoping review:	
Perguntas de investigação:	
Critérios de Inclusão / Exclusão	
População	
Conceito	
Contexto	
Tipos de fonte de evidência	
Detalhes e características da fonte de evidência	
Detalhes da citação (por exemplo, autor (es), data, título, periódico, volume, edição, páginas)	
País	
Contexto	
Participantes (detalhes, por exemplo, idade / sexo e número)	
Detalhes / resultados extraídos da fonte de evidência	
Tomada de decisão:(Pevzner, 2017)	Comunicação; Impacto das experiências anteriores; Dificuldades e
Intervenções	

Apêndice II:

Poster: O estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica



Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crônica em situação crítica: um protocolo de uma *scoping review*

Introdução:

Segundo a organização mundial de Saúde a doença crônica: *“têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*. (World Health Organization, 2010, p. 2.)

Os processos de saúde-doença da pessoa em situação crônica e sua família são estudados, na literatura, essencialmente em contextos de cuidados de saúde terciário (Madureira Dias et al., 2011), (Padilha et al., 2010). A especificidade da pessoa a vivenciar processos de saúde-doença prolongada é determinante na humanização, ou seja, na procura de um cuidado centrado na pessoa. Este fenómeno torna-se relevante quando acresce, a essa especificidade, vivenciar processos de saúde-doença em situação crítica.

Objetivos: Mapear as áreas de estudo, disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crônica em situação crítica

Método:

Para a definição dos critérios de inclusão, utilizei a mnemónica “PCC- População, conceito e contexto” de acordo com as recomendações da JBI para as *scoping review*.

<u>População:</u>	A pessoas com doença crônica. Não serão incluídas idades inferior a 18 anos
<u>Conceito:</u>	Será revista a literatura referente a qualquer área de estudo no âmbito do cuidado.
<u>Contexto:</u>	A revisão será limitada ao contexto de pessoa em situação crítica.
<u>Tipo de Fontes:</u>	Serão considerados os estudos do tipo, quantitativo, qualitativo e misto, primário e secundário, que respondem à questão de investigação. Serão incluídos estudos escritos em português, inglês e castelhano, sem restrição temporal e com acesso integral ao texto gratuitamente.

Equação de pesquisa:

((“critical care” [title/abstract] OR “critical ill*” [title/abstract] OR “critically ill patient*”[title/abstract] OR “intensive care” [title/abstract] OR “icu” [title/abstract]) AND (“chronic disease” [title/abstract] OR “chronic ill*”[title/abstract] OR “long term conditions” [title/abstract] OR “chronic conditions” [title/abstract]))

Resultados:

Tal como sugerido pela Joanna briggs Institute (JBI Global Wiki, 2021.), os resultados da *scoping review* serão apresentados em tabela, facilitando assim o mapeamento dos dados extraídos. Para a síntese dos dados será efetuada um resumo lógico e em formato descritivo. Planeia-se recorrer, em complementaridade, a diagramas ou tabelas como forma de melhorar evidência dos dados extraídos.

Conclusão:

O presente protocolo sistematiza as etapas metodológicas conducentes à realização de uma *scoping review*. Com a elaboração e divulgação dos seus resultados aspira-se um maior conhecimento/sensibilização dos profissionais de saúde em contextos de cuidado crítico, na especificidade da assistência à pessoa em situação crônica.

Apêndice III:

Artigo- O cuidado da pessoa com doença crónica em situação crítica

O cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: uma Scoping review

Joana Fajardo- Mestranda em Médico-cirúrgico: Pessoa em situação crítica na universidade Católica Portuguesa, a exercer funções no Hospital de Santa Maria; Filipa Veludo – Professora Doutora na Universidade Católica Portuguesa

Resumo:

Introdução: As principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, respiratórias, oncológicas, cerebrovasculares e diabetes (Epcc et al., 2015). Esta atinge 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa. Cerca de 70 a 80% do orçamento de saúde é gasto no tratamento destas doenças (Serviço Nacional Saude, 2021). **Objetivo:** Mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica **Método:** Foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases: CINHALL; *Cochrane*; MEDLINE; *Nursing & Allied Health Collection*. O procedimento metodológico utilizado nesta scoping review, teve por base *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020). **Resultados:** A pesquisa identificou 258 estudos potencialmente relevantes, contudo foram somente incluídos 7 estudos nesta revisão. As áreas de estudo foram a tomada decisão, comunicação, bem-estar, mobilidade e o cuidado. **Conclusão:** Esta revisão foi possível mapear o conhecimento referente ao fenómeno em estudo, tendo ficando a descoberto as lacunas que requerem mais investigação.

Palavas chaves: Enfermagem; doença crónica; doença crítica

Abstract:

Introduction: The most common chronic illnesses are heart disease, respiratory disease, oncological illnesses, cerebrovascular disease, and diabetes (Epcc et al., 2015). In Europe, these afflict 8 in every 10 people over the age of 65. Approximately 70 to 80% of the Portuguese healthcare budget is spent on the treatment of these illnesses (Serviço Nacional de Saúde, 2021). **Aim:** To map the fields of study available in the existing literature regarding the care of patients afflicted with chronic disease in a critical condition. **Methodology:** The research was carried out using the following databases: CINHALL; *Cochrane*; MEDLINE; *Nursing & Allied Health Collection*. The methodological procedure used in this scoping review was based on the *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020). **Results:** The research identified 258 potentially relevant studies, however, only 7 of these were included in this review. The fields of study were:

decision making, communication, well-being, motility and care. **Conclusions:** With this review, it was possible to map the current knowledge regarding the issue under study and uncover the areas that may require further investigation.

Keywords: Nursing; chronic disease; critical illness

Resumen:

Introducción: Las principales enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, oncológicas, cerebrovasculares y la diabetes (Epcc et al., 2015). Esto afecta a 8 de cada 10 personas mayores de 65 años en Europa. Alrededor del 70 al 80% del presupuesto de salud se gasta en el tratamiento de estas enfermedades (Servicio Nacional de Salud, 2021). **Objetivo:** Mapear las áreas de estudio disponibles en la literatura, en el cuidado de la persona con enfermedad crónica en situación crítica **Método:** Se realizó una investigación en las siguientes bases de datos: CINHALL; Cochrane; MEDLINE; Colección de enfermería y salud afines. El procedimiento metodológico utilizado en esta revisión de alcance se basó en el Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020). **Resultados:** La búsqueda identificó 258 estudios potencialmente relevantes; sin embargo, solo se incluyeron 7 estudios en esta revisión. Las áreas de estudio fueron la toma de decisiones, la comunicación, el bienestar, la movilidad y el cuidado. **Conclusión:** Esta revisión permitió mapear el conocimiento sobre el fenómeno en estudio, develando los vacíos que requieren mayor investigación.

Palabras llave: Enfermería; enfermedad crónica; enfermedad crítica

Introdução:

Segundo a organização mundial de Saúde a doença crónica é a: “*que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados*” (World Health Organization, 2010, p. 2). As principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, oncológicas, cerebrovasculares e diabetes (Epcc et al., 2015). Estas atingem 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa. Cerca de 70 a 80% do orçamento de saúde é gasto no

tratamento destas doenças (Serviço Nacional Saúde, 2021). A pessoa com doença crónica sobrevive durante um intervalo de tempo considerável, devido as intervenções mais eficazes disponíveis pelos sistemas de saúde (Guerra, 2009). Os processos de saúde-doença da pessoa em situação crónica e sua família são estudados, na literatura, essencialmente em contextos de cuidados de saúde terciário (Madureira Dias et al., 2011; Padilha et al., 2010). A especificidade da pessoa a vivenciar processos de saúde-doença prolongada é determinante na humanização, ou seja, na procura de um cuidado centrado na pessoa. Este fenómeno torna-se relevante quando acresce, a essa especificidade, vivenciar processos de saúde-doença em situação crítica.

Devido à escassez de síntese de evidência disponível sobre a pessoa com doença crónica em situação crítica, torna-se pertinente o mapeamento desta problemática. A presente revisão tem como objetivo mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica. Mais especificamente, esta revisão pretende dar resposta a seguinte questão: Quais as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa em situação crónica? Tendo em conta o objetivo do fenómeno em estudo foram selecionados os procedimentos metodológicos da uma scoping review, tendo em consideração as orientações propostas pela *Joanna Briggs Institute para Scoping Review* (Peters et al., 2020).

1.1.1Objetivos:

Mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica.

1.2Método:

Tendo em conta esta problemática foi realizada uma pesquisa preliminar nas seguintes bases: CINHAL; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Clinical Answers*; *Cochrane Data base of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina*; MEDLINE; *Nursing & Allied Health Collection*.

Para a definição dos critérios de elegibilidade, foi utilizada a mnemónica “PCC- Poluição, conceito e contexto” de acordo com as recomendações da JBI para as scopingreview.

Critérios de Elegibilidade:

	Critério de Inclusão	Critérios de exclusão
População	Pessoa com doença crónica	Pessoa com doença aguda
Conceito	Considera a literatura referente ao estudo no âmbito do Cuidado	Estudos sob vertente biomédica Estudo farmacológicos
Contexto	A revisão é limitada ao contexto da pessoa em situação crítica	Contexto de cuidados terciários
Tipos de Fontes	São considerados os estudos do tipo, quantitativo, qualitativo e misto, primário, secundário e literatura cinzenta, que responderam à questão de investigação. Estão incluídos estudos em inglês, espanhol e português, sem restrição temporal e com acesso integral ao texto gratuitamente	

Figura 1: critérios de elegibilidade

1.3Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa tem como objetivo encontrar estudos publicados. Neste sentido, procedi á uma primeira procura na plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Posteriormente uma pesquisa final nas seguintes bases de dados: CINHALL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers;Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection. A partir dos termos e através de análise detalhados das palavras incluídas nos artigos encontrados na

pesquisa, foi a frase booleana constituída pelos seguintes termos: (((“critical care” [title/abstract] OR “critical ill*” [title/abstract] OR “critically ill patient*”[title/abstract] OR “intensive care”[title/abstract] OR “icu”[title/abstract]) AND (“chronic disease”[title/abstract] OR “chronic ill*”[title/abstract] OR “long term conditions”[title/abstract] OR “chronic conditions”[title/abstract]))

1.4 Seleção da fonte de evidência

Foi realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados: CINHALL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection Após a pesquisa, os artigos encontrados foram exportados para a aplicação Mendeley, onde se eliminou os duplicados. Posteriormente transferidos para o rayyan, procedendo-se a seleção dos artigos, por duas etapas. A primeira etapa teve como objetivo a leitura dos títulos e resumos e a eliminação dos que não cumpriam os critérios elegibilidade propostos. Na segunda etapa, os artigos que pareceram que cumprir os critérios, foram lidos os textos integralmente para verificar a adequação dos mesmos, de seguida transferidos para o Mendeley. Após o processo de seleção foi realizado um diagrama de fluxo (PRISMA). A relevância dos artigos para a revisão foi analisada por um revisor, com base nas informações fornecido no título e resumo. Os artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade da revisão foram recuperados integralmente. Sempre que se teve dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo foi recuperado. Examinou-se o texto completo dos artigos para verificar se cumpriam os critérios. Incertezas surgiram tendo sido resolvidas através de discussão com um revisor externo.

1.5 Extração de dados:

Os dados foram extraídos através da ferramenta padronizada pela *Joanna Briggs Institute* que é o *template of evidence details characteristics and results extraction instrument*. Posteriormente tendo sido reorganizado somente num quadro para uma melhor apresentação e visualizados dos resultados.

1.6 Apresentação dos resultados:

Tal como na Figura 3, a pesquisa identificou 258 estudos potencialmente relevantes. Destes, 18 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 248 estudos, 168 foram excluídos após avaliação do título e resumo; 73 dos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após a leitura integral do texto. Finalmente, foram incluídos nesta revisão 7 estudos.

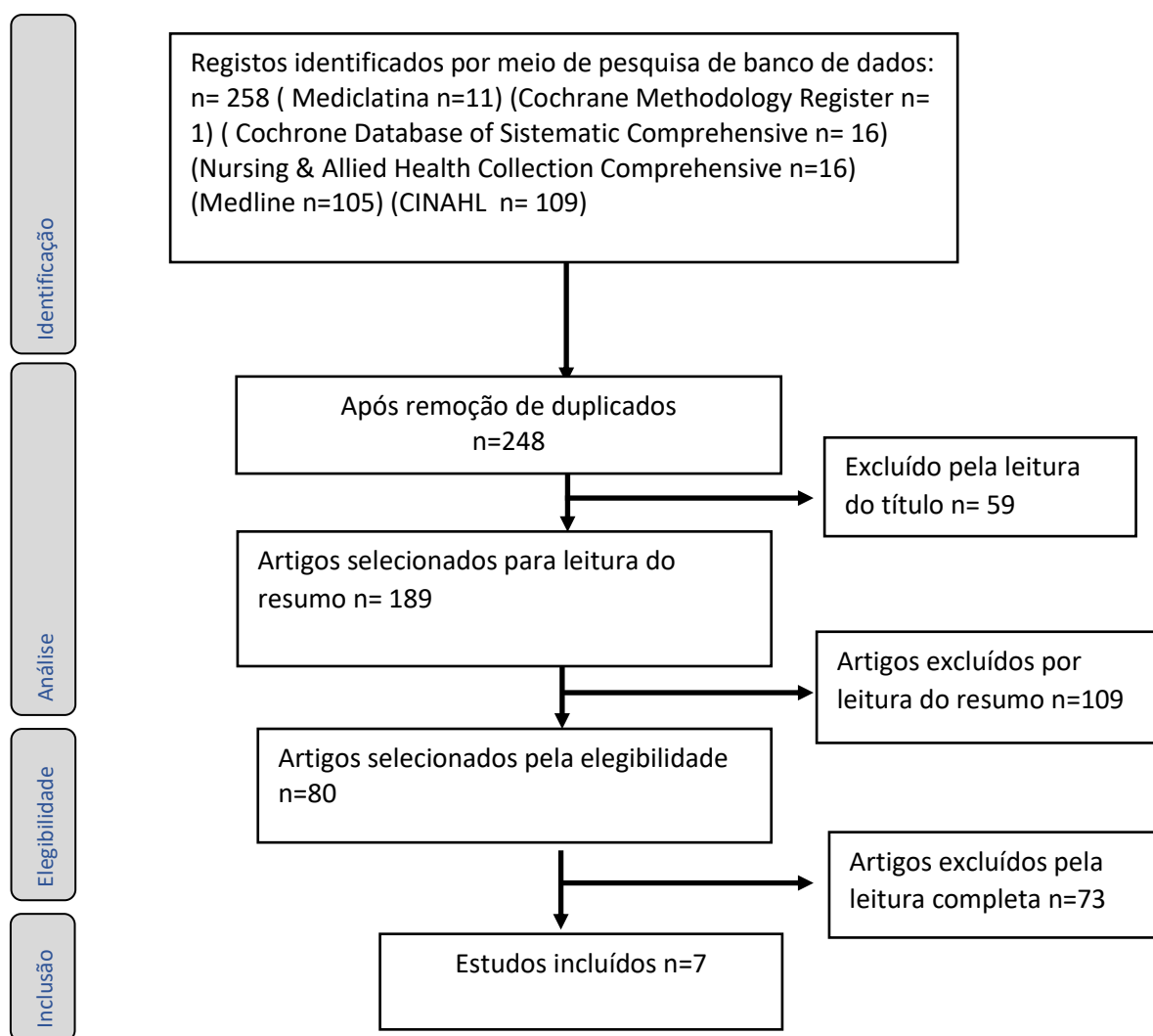


Figura 3: Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

Os estudos incluídos, descritos na figura 4, apresentam a resposta à questão de investigação.

Autor/Ano Revista	Título	Tipo de estudo	de Participantes/ Contexto	Objetivo do estudo	do Áreas de estudo	de Intervenções
(Pevzner, 2017) Crit Care Nurse	Tomada de decisão da família na doença crónica em situação crítica	Estudo primário qualitativo	Doente crónico em situação crítica e família	Compreender a tomada de decisão da família no doente crónico em estado crítico	Tomada de decisão	Incentivar o prestador de cuidados a descansar para estar melhor preparado fisicamente e psicologicamente; Promover uma boa qualidade de vida do cuidador; Educar a família sobre o papel do substituto; Organizar reuniões família e da equipa familiar; Preparar a família antes de cada reunião e estar presente para a reunião após a reunião; Incluir familiares/ entes queridos adicionais nas reuniões

					Comunicação	<p>ajudar a facilitar a conversa, principalmente quando as discussões envolvem objetivos de cuidados;</p> <p>suporte emocional e estratégias de confrontação através de discussão de forma a reduzir ou remover o potencial para ansiedade, depressão ou stress pós-traumático;</p> <p>Promover informações atualizadas e inteligíveis, sem inconsistência da equipa de saúde;</p>
(Santos et al., 2018) Revista de Enfermagem UFPE	Intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva	Revisão integrativa	Pessoa idosa nas unidades de cuidados intensivos	Analisar as intercorrências clínicas prestadas a idosos em unidades de	Cuidado	<p>Observar a pessoa à beira do leito, medicação, higiene, cuidados as vias aéreas artificiais, mudança de decúbitos e investigação laboratoriais;</p>

terapia
intensiva

Monitorizar hiperglicemia e ventilação mecânica;
Reposição volêmia, administração de drogas vasoativas, antibioterapia/corticoiderapia, drogas vasoativas, analgesia, sedação e ansiolíticos para controlar a dor e a ansiedade;
Monitorizar o débito urinário e da pessoa com drenos;
Acompanhar a pessoa submetida à diálise;
Avaliar a pessoa idosa sobre o momento para a alta;
Permanecer alerta em relação à monitorização cardíaca e controle da glicemia;
Investigar de evento adverso;

					Identificar fatores de risco clínico, que podem interferir na diminuição de procedimentos invasivos e epidemiologia da infecção nas unidades de cuidados intensivos;
(Silva et al., 2018), Acta Paulista de Enfermagem	Perfil clínico do idoso em uma unidade de terapia intensiva	Estudo quantitativo, Transversal, retrospectivo	Pessoa idosa na unidade de cuidados intensivos	Identificar o perfil clínico e sócio demográfico de idosos numa unidade cuidados intensivos	Capacitar para qualidade de vida da pessoa idosa, preservando a sua autonomia;
(Seaberg et al., 2014)Journal of the Oklahoma State Medical Association	Para pacientes com doença crônica terminal, fazer mais tempo face a face com	Revisão sistemática, meta-analise	Pessoa com doença crônica em fase terminal nas unidades de	Compreender a pessoa com doença crônica terminal	Avaliar as necessidades da pessoa e abordar vários tópicos, incluindo diretrizes antecipadas e preferências de atendimento aos cuidados agressivos em fim de vida;

	um profissional de saúde diminui os cuidados agressivos de fim de vida (EOL), como admissão na UTI, colocação de tubo de alimentação, RCP ou intubação		cuidados intensivos				Estratégias de comunicação;
(Daly, Donnelle; Matzel, 2013), Omega	Uma abordagem transdisciplinar para o cuidado paliativo no local de	Estudo qualitativo	A pessoa com doença terminal no contexto de cuidados agudos	Identificar os papéis no transdisciplinar de que contribuem para os cuidados	os	Cuidado transdisciplinares	Integrar o cuidado espiritual aos cuidados paliativos; Identificação das necessidades de cuidados paliativos; Melhorar qualidade de cuidados;

cuidados
agudo

paliativos de
qualidade no
ambiente de
cuidados
intensivos

<p>(Chiarchiaro et al., 2013), American Association of critical-Care Nurses</p>	<p>Internamento na unidade de cuidados intensivos e bem-estar em pacientes com doença crónica avançada</p>	<p>Estudo de coorte longitudinal</p>	<p>de Pessoa com cancro avançado, insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crónica</p>	<p>com Descrever a associação dos cuidados intensivos com trajetória de bem-estar funcional, emocional, social e físico em pacientes com 3 doenças avançadas comuns</p>	<p>Bem-estar físico:</p>	<p>Promover a comunicação intensiva, cuidados paliativos proactivos e consulta de ética;</p>
					<p>Bem-estar emocional:</p>	<p>Reforço emocional através da religião, cultura e família</p>

(Holsworth, Cheryl;Gallagher, 2017)	Gerir o atendimento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica em situação crítica	Revisão Narrativa	Pessoa submetida a cirurgia bariátrica em situação crítica	Descrever o atendimento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica em situação crítica	Cuidar a pessoa submetida a cirurgia bariátrica	Identificar precocemente sinais de infecção da pele e da ferida Avaliar das pregas cutâneas; Identificar precocemente de esvaziamento da banda gástrica; Educar sobre a apneia do sono e outros riscos associados à obesidade;
					Mobilidade	Promover a mobilidade segura; Prevenir riscos de imobilidade;

Figura 4: Resposta à questão de investigação apresentada

1.7 Interpretação dos resultados:

O objetivo desta *scoping review* foi analisar e mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica. Para dar resposta a este objetivo, sete estudos foram incluídos nesta revisão. Podemos verificar que o fenómeno da pessoa com doença crónica a vivenciar uma situação crítica, de acordo com a literatura, centra-se principalmente em intervenções, nas mais diversas áreas de estudo, comunicação, bem-estar, mobilidade, cuidado e a tomada de decisão. São estudos na sua maioria primários, sendo dois de natureza secundária, quanto ao nível de evidência, quatro artigos são qualitativos, três quantitativos (transversal retrospectivo, meta-análise e coorte longitudinal). A principal área de estudo é o cuidado (Daly, Donnelle, Matzel, 2013; Holsworth, Cheryl;Gallagher, 2017; Santos et al., 2018; Seaberg et al., 2014). Porém, no se que refere ao artigo sobre as “*intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva*”(Santos et al., 2018), este enumera as várias intervenções inerentes à medicina intensiva na pessoa idosa, evidenciando que existe uma centralização do cuidado na doença aguda face à complexidade e instabilidade da pessoas em situação crítica, onde o valor vida se sobrepõe. No que respeita à “*Pessoa com doença crónica em fase terminal nas unidades de cuidados intensivos*”(Seaberg et al., 2014). Remete-se a uma abordagem muito superficial sobre a necessidade do cuidado à pessoa no que se refere à comunicação, mas não explicita as intervenções específicas para um cuidado humanizado. No artigo que faz referência a “*uma abordagem transdisciplinar para o cuidado paliativo no local de cuidados agudo*” (Daly, Donnelle; Matzel, 2013), faz uma descrição da importância dos vários profissionais de saúde referente a esta área de estudo e de que forma contribuem para ela, integrado a medicina intensiva no cuidados paliativos, um paradigma cada vez premente na atualidade. Acerca do artigo “*gerir o atendimento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica em situação crítica*” (Holsworth, Cheryl;Gallagher, 2017), este artigo evidencia o impacto da obesidade nos cuidados de saúde, economia e explica as alterações fisiopatológicos da doença (complicações pulmonares, cardíacas, endócrinas, nutricionais, etc...). Como é possível constatar, constitui uma área muito específica do conhecimento, criando uma abordagem muito sintética do cuidado de enfermagem, o que é referido ao longo do artigo, ressaltando a importância de mais estudos sobre a temática na disciplina. Outras áreas de estudo inerentes ao cuidado também foram descritas como a comunicação, mobilidade, o bem-estar e a tomada de decisão. A “*Tomada de decisão da família na doença crónica em*

situação crítica”(Pevzner, 2017) cria uma relação entre a comunicação e a tomada de decisão, reforçando sempre a ideia de que a comunicação é imprescindível para a tomada de decisão, quer para a quem a toma, quer para aquele que é alvo da decisão, de forma a tornar-se mais consciente. No que respeita a área de estudo do bem-estar (Chiarchiaro et al., 2013), este estudo remete-nos para o impacto da doença crónica mais propriamente a oncológica, traçando assim uma ponte entre intervenções sobre a qualidade de vida e o bem-estar físico, psicológico, funcional, emocional e social. Porém no que se refere à ciência de enfermagem passa só pelo bem-estar físico e emocional.

Da amostra constituinte, os estudos integram a área disciplinar da Medicina (n= 2), de Enfermagem (n= 4), outros (n= 1). Assim foi possível fazer um mapeamento do conhecimento referente à pessoa com doença crónica em situação crítica, tendo colocado à descoberta as fragilidades da área do conhecimento referentes a este fenómeno, colocando em destaque o conhecimento já implícito no cuidado. Seria, assim, pertinente a realização de estudos, essencialmente de natureza primária, passível de dar conhecimento das vivências destas pessoas, assim como de intervenções capazes de processos de transição saudáveis e de Humanização do cuidado. Para que o enfermeiro seja um verdadeiro facilitador do processo de transição precisa de ter o conhecimento, experiência e uma ampla abertura por forma a recolher, processar e documentar a informação da forma que melhor traduz as reais necessidades dos indivíduos, integrando-a no seu plano assistencial (Meleis, 2020).

1.8 Limitações dos estudos:

Uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade de ter mais que um revisor, bem como a não consulta de mais bases de dados e estudos não publicados, não sendo assim possível incluir mais estudos. Nesta revisão incluímos apenas artigos com disponibilização do texto integral gratuitamente. Assim, artigos publicados sem texto integral também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

1.9 Conclusão:

O objetivo destas *scoping review* foi analisar e mapear as áreas de estudo disponíveis na literatura, no cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica. Todos os estudos ressaltaram a necessidade de continuar a fazer investigação nos mais diversos áreas de estudo, como gestão de dor, medidas não farmacológicas, adesão terapêutica no doente crónico em situação crítica. Estas são algumas das sugestões enumeradas que se poderiam

levar a cabo investigação primária e conseqüentemente produção de conhecimento para a ciência de enfermagem, de forma a ganhar impacto no mundo científico.

Referência Bibliográfica:

- Chiarchiaro, B. J., Olsen, M. K., Steinhauer, K. E., & Tulsy, J. A. (2013). *Admission to the intensive care unit and well-being in patients with advanced chronic illness*. 22(3), 223–231.
- Daly, Donnelle; Matzel, S. C. (2013). Building a Transdisciplinary Approach to Palliative Care in an Acute Care Setting. *Omega: Journal of Death & Dying*, 67(1/2), 43–51. <https://doi.org/10.2190/OM.67.1-2.e>
- Epcc, I. X., Internacional, E., Universit, C., & Estadual, U. (2015). *Anais Eletrônico*. 9–11.
- Guerra, J. (2009). Proposta para a criação do núcleo de estudos sobre gestão da doença crônicas da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1–17.
- Holsworth, Cheryl;Gallagher, S. (2017). Managing care of critically ill bariatric patients. *AACN Advanced Critical Care*, 28(3), 275–283. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017342>
- Madureira Dias, A., Cunha, M., Marques Dos Santos, A., Gandra Neves, A., Coimbra Pinto, A., Anjos Silva, A., & Armindo Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: Revisão da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 201–219.
- Meleis, A. I. (2020). Transitions Theory - Midle Range And Situation-Specific Theoris in Nursing Reasearch and Practice. In *Foundations of Art Therapy Supervision* (Springer p). <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Padilha, J. M. dos S. C., Oliveira, M. F. dos S., & Campos, M. J. A. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão doença pulmonar obstrutiva crônica INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW ON TREATMENT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(4), 1129–1134.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pevzner. (2017). family surrogate decision making in chronic critical illness: A qualitative analysis. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.4037/ccn2019176.Family>
- Santos, A. M. R. dos, Almeida, C. A. P. L., Cardoso, S. D. B., Rocha, F. C. V., Meneses, S. F.

- L. de, Felix, L. N. da S., & Sá, G. G. de M. (2018). Intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(11), 3110. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236650p3110-3124-2018>
- Seaberg, P. H., McCarthy, L. H., & Hamm, R. M. (2014). For patients with terminal chronic illness, does more face-to-face time with a healthcare provider decrease aggressive end-of-life (EOL) care such as ICU admission, feeding tube placement, CPR, or intubation? *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 107(11), 589–591. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25796765&lang=pt-br&site=ehost-live>
- serviço nacional saude. (n.d.). *Doenças Crônicas*. Retrieved June 1, 2021, from <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/Paginas/DoencasCronicas.aspx>
- Silva, J. B. V. B. da, Pedreira, L. C., Santos, J. L. P., Barros, C. S. M. A., & David, R. A. R. (2018). Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 39–45. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800007>
- World Health Organization. (2010). Global status Report- on noncommunicable diseases. In *Public Health: An action guide to improving health*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199238934.003.15>

ANEXOS

Anexo I:

Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Joana Fajardo, em coautoria com Prof. Doutora Filipa Veludo, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster n.º 49 com o tema “*Estado da arte do cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: um protocolo de uma scoping review*”, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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


Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Anexo II:
Resposta da Revista

Caro(a) Joana Isabel Gabriel Fajardo,

Agradecemos o interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: RVI22065ARS

Título: O cuidado à pessoa com doença crónica em situação crítica: uma Scoping review

Tipo: Artigo de Revisão Sistemática

Ciclo de um Artigo: da Submissão à Divulgação

5 Dias	7 Dias	7 Dias	15 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	12 Dias	3 Dias	7 Dias	3 Dias	30 Dias
Fase de Pré-Análise (incluindo estatístico, se aplicável)	Fase de Checklist	Editor ↔ Autor	Fase de Revisão por Pares	Editor ↔ Autor	Fase de Gestor de Artigo	Editor ↔ Autor	Fase de Tratamento Técnico e Documental	Fase de Revisão Final	Editor ↔ Autor	Fase de Tradução	Editor ↔ Autor	Fase de Maquetização e Atribuição de DOI	Editor ↔ Autor	Fase de Divulgação Impressa e Digital (Bases de Dados)

