



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Telma Filipa Rodrigues Antunes, nº 192020023

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Telma Filipa Rodrigues Antunes, nº 192020023

Sob orientação de Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2022

*“Ninguém vence sozinho,
Nem no campo nem na vida.”*

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato pelos conhecimentos transmitidos e apoio ao longo deste percurso.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim desde o primeiro dia. Que deram tudo para que eu chegasse até aqui e que são (orgulhosamente) os grandes responsáveis pelo ser humano e enfermeira em que me tornei. Não sei se algum dia vos vou conseguir retribuir. À minha irmã, que é metade do meu coração e é força inabalável em todos os momentos. Todas as minhas conquistas, são vossas também.

À avó São, o melhor coração que conheço, porque sinto e acredito que a sua fé e orações me têm sempre conduzido por um caminho muito mais feliz!

Ao Diogo, o melhor companheiro de todas as horas, por todo o amor, apoio e força em todos os momentos!

À Inês pelos momentos de alegria, pelo companheirismo e partilha; do melhor que o mestrado me trouxe e que levo para a vida.

Aos meus amigos, pela compreensão, por tantos momentos de ausência.

Aos enfermeiros, que não só me orientaram, mas acolheram em cada ensino clínico. Obrigada pela partilha, pelo conhecimento e experiência transmitidos. Porque cada um de vós acrescentou em mim algo de novo e fez de mim melhor profissional. Tive tanta sorte!

RESUMO: O presente relatório de estágio representa o culminar de um processo de transformação pessoal e profissional. O mesmo pretende descrever o meu percurso e abarcar as experiências, aprendizagens e aquisição de competências especializadas, de uma forma crítica e reflexiva. A sua realização teve por base as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas da especialidade em questão e as competências de mestre, bem como os objetivos definidos pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para o Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios de um hospital central de Lisboa e os objetivos específicos prenderam-se com a aquisição de competências em três áreas distintas: prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, ventilação mecânica invasiva e técnicas de substituição renal. Para cada uma destas áreas realizei um plano de cuidados personalizado, referente a uma pessoa doente onde foram levantados diagnósticos de enfermagem com elas relacionados. O segundo estágio decorreu num Serviço de Urgência na área da grande Lisboa e o foco principal recaiu sobre o desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa em situação crítica com necessidade de reanimação, potencial ou real e realizei um poster intitulado “*Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência em Contexto de Reanimação*”. O terceiro estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um hospital de Lisboa onde aprofundei a temática da sede e realizei uma *scoping review* sobre as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa em situação crítica.

Com o intuito de desenvolver competências específicas na minha área de especialidade e prestar os melhores cuidados à pessoa em situação crítica e sua família procurei desenvolver a minha prática com base na mais atual evidência científica, realizar formação contínua e reunir com peritos, nomeadamente através da participação em congressos.

Descritores: Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem Especializados; Sede; Intervenções Confortadoras.

ABSTRACT: The following clerkship report represents the process of the endured personal and professional transformation. Its aim is to describe my journey and all the learning experiences and skills acquired in the form of a critical assessment. It is based on the common skills of a specialist nurse and the special skills involved in caring for the critically-ill and the goals defined by the Healthcare Sciences Institute (Instituto de Ciências da Saúde) of the Catholic University of Lisbon (Universidade Católica Portuguesa) for the Master's degree in Nursing and specialist degree in medicalsurgical nursing. The first clerkship underwent in a Respiratory Intensive Care Unit on a central hospital in Lisbon and the goals for this clerkship were based in three different areas: prevention of healthcare-associated infection, mechanical ventilation and renal replacement therapy. For each one of these areas a personalized care plan was developed, pertaining to a patient with diagnoses related to each of the aforementioned areas. The second clerkship underwent in an Emergency Room in a hospital on the main Lisbon area and the main focus of this clerkship was the development of the skills required to approach a patient in critical condition requiring emergent care or resuscitation. A poster was developed, entitled "Dynamics of an emergency room nursing team in the context of resuscitation". The third clerkship occurred on a General Intensive Care Unit on a central hospital in Lisbon and in this clerkship the theme "thirst in the ICU" was approached, with the development of a scoping review to assess the potential interventions aiming to alleviate thirst on the critically-ill patients. With the goal of developing skills specific to the pursued area of specialization, to be able to provide the best and most evidence-based care to the critically-ill patient, a thorough literature review was conducted during the acquisition of the degree, complemented with continued education and attendance in scientific meetings.

Keywords: Critically-ill patient; specialized nursing care; thirst; comforting interventions.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

DGS – Direção Geral de Saúde

IACS – Infecção associada aos cuidados de saúde

LUCAS – *Lund University Cardiopulmonary Assist System*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUG– Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIR – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. <i>SCOPING REVIEW</i> : INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CONFORTADORAS NO ALÍVIO DA SEDE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
1.1. ENQUADRAMENTO DA REVISÃO	19
1.2. MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
1.3. CONCLUSÃO	29
2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	31
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	32
2.1.1. Caracterização do Serviço	32
2.1.2. Análise Crítica e Reflexiva.....	33
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	42
2.2.1. Caracterização do Serviço	42
2.2.2. Análise Crítica e Reflexiva.....	43
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	52
2.3.1. Caracterização do Serviço	53
2.3.2 – Análise Crítica e Reflexiva	53
3. REFLEXÃO FINAL	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE I. Plano de Cuidados Relativo à Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).	77
APÊNDICE II. Plano de Cuidados Relativo às Necessidades da Pessoa doente sob VMI.....	87
APÊNDICE III. Plano de Cuidados Relativo à Pessoa Doente sob Técnica de Substituição Renal	95
APÊNDICE IV. Póster – “Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência em Contexto de Reanimação”	105

ANEXOS.....	109
ANEXO I. Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional – “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”	111
ANEXO II. Certificado de Participação no “Ciclo de 4 Webinars de Enfermagem – Cuidar em Tempos de Pandemia”	115
ANEXO III. Certificado de Participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica”	119
ANEXO IV. Certificado de Participação no “IV Seminário Internacional de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”	123
ANEXO V. Certificado de Participação no “XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva/IV Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva”	127

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, após a sua discussão pública.

O mesmo visa descrever de forma crítica e reflexiva as experiências e os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo que permitiram a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, de forma a atingir uma prática especializada. Estas competências vão de encontro ao previsto pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no n.º 3 do Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, em que o

“Enfermeiro especialista (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade.”

Para Le Boterf (2003), a competência é um saber agir profissional responsável, que implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto profissional.

As alterações das necessidades de saúde da população, a exigência técnica e científica, bem como a complexidade associada aos cuidados de saúde em geral e aos cuidados de enfermagem em particular, torna imprescindível a procura pela diferenciação e especialização por parte dos enfermeiros, uma vez que, a adequada resposta às necessidades da pessoa alvo de cuidados, reflete a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Serra *et al* (2016, p.59), é premente o investimento profissional individual dos enfermeiros, promovendo “uma atualização constante de conhecimento para o desenvolvimento de competências profissionais, de forma a contribuir para uma maior efetividade da sua intervenção.” Constituindo-se a formação contínua um pilar fundamental.

Ainda segundo Serra *et al* (2016, p.60) referente ao Mestrado em Enfermagem, o mesmo representa “*um espaço de formação privilegiado para aproximar a disciplina e o exercício da prática clínica*”.

No entanto, a formação contínua e a procura pelo desenvolvimento de competências especializadas, representa não só a vontade e interesse do enfermeiro, como um dever e uma responsabilidade perante as pessoas doentes e suas famílias e pela profissão. De acordo com a alínea a) do n.º 1 do Artigo 97.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, é dever do enfermeiro

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”

Os objetivos gerais e específicos descritos e analisados no presente documento, bem como as atividades desenvolvidas, constam de um processo de aquisição de competências que se dirigem especificamente à Pessoa em Situação Crítica e sua Família, sendo que os cuidados de enfermagem prestados a esta população em concreto são cuidados

“altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2019, p.8656).

Tanto os objetivos como a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas foram alicerçados no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e pelas competências de Mestre.

Durante este percurso realizei três estágios, cada um deles com a duração de 180h, sendo que a escolha dos locais de estágio foram fundamentadas por aqueles que foram os objetivos que me propus realizar.

O primeiro estágio pertencente à Unidade Curricular: Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica, decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos

Respiratórios (UCIR) de 19 de abril a 6 de junho de 2021. O objetivo geral definido foi: desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) à Pessoa em Situação Crítica e seus Familiares. Como objetivos específicos defini: (1): Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI, tendo por base a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde; (2): Desenvolver competências específicas na área da ventilação mecânica invasiva (VMI) na pessoa em situação crítica em contexto de UCI; (3): Aprofundar conhecimentos relativos às técnicas dialíticas utilizadas na pessoa em situação crítica em contexto de UCI.

O segundo estágio pertencente à Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, decorreu num Serviço de Urgência Geral (SUG) de 20 de setembro a 6 novembro de 2021. O objetivo geral definido foi: desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência (SU). Como objetivos específicos defini: (1): Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de SU; (2): Desenvolver competências na abordagem à pessoa em situação crítica com necessidade de reanimação, potencial ou real.

O terceiro estágio pertencente à Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, foi opcional e a escolha foi motivada por querer desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências em contexto de UCI e como tal escolhi uma UCI de referência na área da transplantação. O mesmo decorreu de 10 de novembro a 30 de dezembro de 2021. O objetivo geral definido foi: desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, à pessoa em situação crítica em contexto de UCI. Como objetivos específicos defini: (1): Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica com necessidade de terapia de substituição renal em contexto de UCI; (2): Desenvolver competências na prestação de cuidados confortadores à pessoa em situação crítica com sede.

O presente relatório foi elaborado com base na metodologia proposta pela Universidade Católica Portuguesa e encontra-se dividido da seguinte forma: *Scoping Review*, intitulada: “*Intervenções de Enfermagem Confortadoras no Alívio da Sede à Pessoa em Situação Crítica*”; análise do desenvolvimento de competências adquiridas em cada campo de estágio; reflexão final; referências bibliográficas segundo a norma *American Psychological Association* 6th e por último os apêndices e anexos.

1. *SCOPING REVIEW*: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CONFORTADORAS NO ALÍVIO DA SEDE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No presente capítulo, será apresentada uma *scoping review* com base na melhor evidência científica disponível. A mesma resultou de um trabalho realizado em parceria pelos seguintes autores: Antunes, T.¹; Veríssimo, I.²; Deodato, S.³ e Sousa, PP.⁴. No enquadramento da revisão, serão clarificados os conceitos de pessoa em situação crítica (PSC), sede e conforto; seguidamente serão apresentados os métodos, resultados e discussão e por fim a conclusão.

1.1. ENQUADRAMENTO DA REVISÃO

A pessoa em situação crítica é aquela que apresenta risco ou falência de uma ou mais funções vitais, sendo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, são habitualmente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos realizados, inseridos num ambiente complexo, cuja dinâmica de ações são associados ao eminente risco de vida (OE, 2011).

A sede pode ser definida como uma perceção que provoca o desejo de beber líquidos. É um sintoma multidimensional prevalente, intenso, angustiante e subestimado em doentes críticos (Puntillo *et al*, 2014).

Segundo um estudo realizado por Martins & Fonseca (2017), a sede é um sintoma, que se pode tornar numa experiência intensa e desconfortável, caracterizada pela subjetividade e individualidade, tornando a sua avaliação um desafio; sendo nesse contexto, um indicador da sua intensidade o que é reportado pelo próprio doente. A avaliação da sede deve abranger

¹ Licenciada em Enfermagem, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

² Licenciada em Enfermagem, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

³ Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professor Associado da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

⁴ Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professora Auxiliar da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

a sua multifatorialidade, dentro das dimensões referentes a: prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto; o que não ocorre na prática clínica, sendo que, quando avaliada contempla sobretudo a intensidade (Martins & Fonseca, 2017).

O principal agente de controle da ingestão de líquidos é a sede. A mesma é criada por osmorreceptores localizados no hipotálamo, que respondem a alterações na osmolaridade extracelular. O centro da sede é estimulado por líquido orgânico hipertônico, hipotensão, diminuição do débito cardíaco e angiotensina. As perdas de água associadas a diarreia, vômitos, diabetes *mellitus* e diabetes insípidos, são algumas das causas mais comuns da verdadeira sede (Monahan *et al*, 2010). Os estímulos mais significativos desencadeantes da sede são aumentos subtis na osmolaridade do plasma. Essas mudanças mínimas na osmolaridade estimulam osmorreceptores centrais para libertar vasopressina (também conhecida como hormona antidiurética). A vasopressina, por sua vez, atua nos rins para promover a reabsorção de água para corrigir o aumento da osmolaridade. Se este mecanismo compensatório não diminuir a osmolaridade, então a sede é acionada para motivar a ingestão de líquidos. Por outro lado, a sede, induzida por perda acentuada de volume ou hipovolêmia, está sujeita à forte osmorregulação do sistema renina-angiotensina e aldosterona, juntamente com os antagonistas adrenérgicos (Arai, Stotts & Puntillo, 2013).

No que respeita o conforto, na Teoria de Kolcaba, o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessária para que a pessoa tenha um desempenho eficiente na sua recuperação. A transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar e controlar o seu destino (Kolkaba, 2003).

Relativamente aos contextos nos quais pode ocorrer a experiência, os mesmos são definidos como: físico: pertencente às sensações do corpo; psico-espiritual: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida e relação com uma ordem ou um ser mais elevado; ambiental: pertencente ao meio, às condições e influências externas e social: pertencente às relações interpessoais e familiares (Kolkaba, 1991).

Kolkaba defende que, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa mesma intervenção. Desta forma, o conforto é visto como a satisfação das necessidades humanas básicas que resulta do cuidado de enfermagem e que é proporcionado através de intervenções denominadas medidas de conforto (Kolkaba. 2003).

Para a pessoa doente, a resposta de conforto é alicerçada na experiência de satisfação face ao presente e ao futuro, na procura de alcançar o controlo sobre a sua situação de vida e na perceção de uma vida normal durante a hospitalização. O conforto poderá situar-se na “sombra” do desconforto principalmente porque é reconhecido quando o doente já viveu um estado de desconforto e está relacionado com as necessidades experienciadas. A avaliação específica das necessidades de conforto é necessária e fundamental para uma intervenção de enfermagem holística e abrangente (Pontífice-Sousa, 2012).

O objetivo desta *scoping review* é: mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica.

1.2. MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conduziu-se a presente *scoping review* conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI) (Peters *et al*, 2020). Esta investigação baseia-se numa revisão exploratória que propõe mapear estudos relevantes em determinada área, baseados na evidência científica. As etapas percorridas para a elaboração deste estudo foram as seguintes: identificação do objetivo e questão científica; desenvolvimento e elaboração dos critérios de inclusão; descrição da abordagem utilizada para a pesquisa e extração de dados; pesquisa, seleção, extração e análise da evidência; apresentação dos resultados; resumo das evidências e conclusão baseada no propósito da revisão e quais as possíveis implicações das descobertas.

Para a sua criação foi utilizada a mnemónica “PCC”, cujo seu significado é: “P”=População (pessoa adulta consciente), “C”=Conceito (intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede) e “C”=Contexto (em situação crítica). Deste modo a questão é a seguinte: Quais as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica?

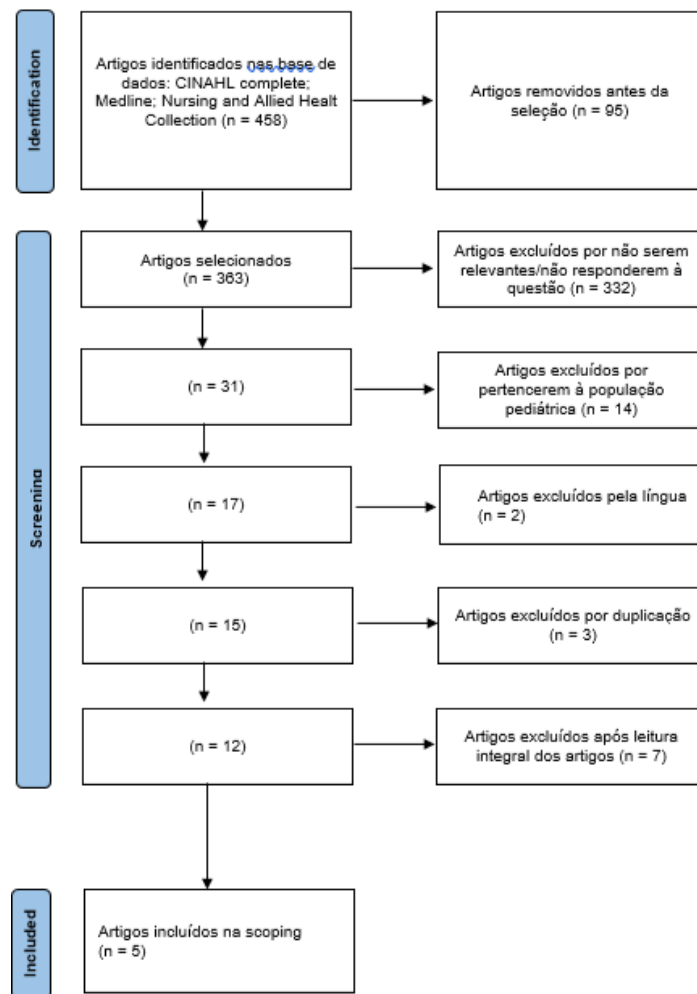
A pesquisa foi realizada durante Os meses de outubro e novembro de 2021 com recurso a bases de dados internacionais integradas na EBSCOhost (agregador que inclui a CINAHL complete; Medline; Nursing and Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology

Register, LISTA; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers. Os descritores DeCs e Mesh foram combinados através da seguinte pesquisa booleana: thirst “OR” polydipsia “AND” patient comfort “AND” critical care nursing “AND” critical care “NOT” child. Os termos foram combinados sem friso temporal, a fim de garantir uma pesquisa ampla.

A revisão considera todos os estudos que incluam adultos, com idade igual ou superior a 18 anos; em situação crítica; conscientes, com score na Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) entre -1 e +1.

Na revisão serão considerados todos os estudos encontrados, redigidos em inglês ou português, relativos à experiência da sede na pessoa consciente, em situação crítica, bem como as respectivas intervenções de enfermagem confortadoras. Serão excluídos todos os artigos sem texto integral e/ou resumo disponível.

Através da aplicação dos critérios estabelecidos para a pesquisa, foram encontrados 458 artigos, dos quais 95 foram eliminados automaticamente antes da seleção; 332 por não serem relevantes ou não responderem à questão de investigação; 14 por serem estudos realizados com população pediátrica; 2 pela língua em que estavam redigidos; 3 por duplicação e 7 após leitura integral. Finalizamos com uma amostra de 5 artigos, que foram relevantes para o estudo. O fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão é apresentado na Figura 1, e segundo a lista de verificação do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*.

Figura 1. Fluxograma Prisma adaptado para o processo de seleção dos artigos.

A partir da análise dos 458 estudos analisados, apenas 5 abordavam a temática e fizeram parte da amostra final. Os estudos incluídos nesta revisão foram publicados entre 2014 e 2019 dos quais três eram provenientes dos Estados Unidos da América e dois provenientes do Brasil. Os cinco estudos são provenientes de cinco revistas científicas diferentes.

A sistematização da análise efetuada aos cinco artigos selecionados é apresentada segundo o instrumento adaptado do manual metodológico para Revisões *Scoping* do Joanna Briggs Institute (Peters *et al*, 2020), destacando as características principais dos artigos analisados e respetivos resultados que contempla: identificação do estudo; autor; tipo de estudo; finalidade do estudo e resultados, tal como descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Sistematização da análise dos artigos selecionados segundo o instrumento adaptado do manual metodológico JBI.

Título	Autor/Tipo de Estudo/ Nível de Evidência	Periódico Ano País	Finalidade do Estudo	Resultados
<i>Effect of a Scheduled Nurse Intervention on Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Patients</i>	Michelle V, Barbara L B, Cristina M, Deborah L, Theodore B, Anne B W Estudo quase-experimental Nível de Evidência 3	American Journal of Critical Care 2019 Estados Unidos da América	Avaliar a eficácia de uma intervenção programada, comparativamente e a uma intervenção não programada (a pedido do doente) no alívio da intensidade da sede, no <i>distress</i> da sede e sensação de “boca seca” nos pacientes de uma unidade de cuidados intensivos.	O uso de esponjas orais humedecidas em água gelada e hidratante labial de mentol, verificou-se eficaz nas intervenções programadas, para o alívio da intensidade da sede e sensação de “boca seca”. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao <i>distress</i> da sede quando comparamos intervenções programadas com intervenções não programadas.
<i>A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care</i>	Puntillo K, Shoshana A R, Bruce A C, Nancy A S, Judith E N Ensaio Clínico Nível de Evidência 3	Intensive Care Med 2014 Estados Unidos da América	Testar uma bundle de intervenção que alivie a intensidade e o <i>distress</i> provocado pela sede e o alívio da sensação de “boca seca”.	Da realização de sessões de 15 min de aplicação de esponjas humedecidas em água gelada, spray de água gelada, hidratante labial de mentol 3 vezes ao dia, durante 2 a 7 dias, desde as 10h às 18h, com intervalos de pelo menos 30 min. entre cada sessão, obteve-se que a utilização da bundle teve

				diferenças estatisticamente significativas na redução da intensidade da sede e do distress provocado pela sede.
<i>Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice</i>	Ann L, Yuriko S, Kathleen P Estudo intervencional não aleatorizado Nível de Evidência 3	Critical Care Nurse 2019 Estados Unidos da América	Implementar uma bundle de intervenções para a sede com base em evidência científica executada por enfermeiros e familiares dos doentes internados em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.	A Bundle consistiu em: 1º avaliar o nível de sede; 2º aplicar as seguintes intervenções: mergulhar a esponja na água fria estéril e esfregar a boca, incluindo lábios e língua, 2 a 3 vezes; borrifar água esterilizada gelada na parte de trás da boca do doente 5 a 6 vezes; aplicar hidratante de menta nos lábios e na língua e 3º: reavaliar o nível de sede. Como resultado obteve-se uma redução significativa da sede dos doentes e uma redução da sobrecarga do cuidador.
<i>Eficácia do gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado</i>	Marilia FC, Ligia FF Ensaio Clínico controlado randomizado, paralelo de cegamento simples	Revista de Enfermagem UFPE - REUOL 2014 Brasil	Avaliar a eficácia do gelo (gelado de água com 10ml) em comparação com a água (10ml) em temperatura ambiente no alívio da sede no pós-operatório imediato.	O artigo foi publicado com os resultados que se esperavam obter, nomeadamente: comprovar a hipótese de que o gelado de água seja mais eficaz para mitigar a sede por estímulo de recetores orofaríngeos

	Nível de Evidência 3			sensíveis à temperatura permitindo a gestão eficaz da sede com volume pequeno de líquido. Estes mesmos resultados foram comprovados aquando da realização da tese de mestrado.
<i>Package of mentol measures for thirst relief: a randomized clinical study</i>	Viviane MS, Lígia FF, Marcela MB, Edilaine GR, Lílian DM, Aline KAG Ensaio Clínico randomizado, paralelo Nível de Evidência 3	Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn 2019 Brasil	Avaliar a eficácia da utilização do mentol (na hidratação labial e gelado de água), comparativamente à não utilização de mentol, no alívio da sede no pós-operatório imediato.	Como resultado obteve-se que ocorreu uma diminuição significativa sobre a intensidade da sede, hidratação e sabor na cavidade oral nos três momentos de avaliação/intervenção efetuados no estudo para os dois grupos indistintamente.

Grande parte da literatura encontrada, aborda a sede como um fator de desconforto no doente crítico, sendo avaliada a sua intensidade e o *distress* que provoca, mas não se aprofundando a temática da sede em todas as suas dimensões, nomeadamente a prevalência, a incidência, a frequência, a duração e o desconforto.

Da análise dos resultados obtidos na amostra há evidência de intervenções que minimizam a intensidade e o desconforto provocado pela sede.

Os estudos de Puntillo *et al* (2014) e de Leemhuis, Shichishima & Puntillo (2019) pretenderam testar a aplicabilidade de *bundles* de intervenção cujo o objetivo comum é a realização de intervenções que reduzam a intensidade da sede. No entanto, o estudo de Puntillo *et al* (2014) pretendeu ainda com essas mesmas intervenções reduzir o *distress* provocado pela sede e o alívio da sensação de “boca seca”. Ainda neste estudo, os autores realizaram sessões de 15 minutos de aplicação de esponjas humedecidas em água gelada, spray de água gelada e hidratante labial de mentol, 3 vezes por dia, durante 2 a 7 dias, desde

as 10h às 18h, com intervalos de pelo menos 30 minutos entre cada sessão. Como resultado, obtiveram que a aplicação da *bundle* de intervenção diminuiu a intensidade da sede em 2,3 pontos da escala numérica, enquanto o grupo de controlo apenas diminuiu 0,6 pontos; e o *distress* da sede em 1,8 pontos comparativamente ao grupo de controlo com 0,4 pontos, do pré ao pós-procedimento independentemente do número de sessões ou dias em que os doentes participaram. O grupo de controlo referiu 1,9 vezes mais relatos de sede e sensação de boca seca que o grupo da intervenção.

No estudo de Leemhuis, Shichishima & Puntillo (2019) cuja *bundle* consistiu em: 1º avaliar o nível de sede; 2º aplicar as seguintes intervenções: mergulhar a esponja na água fria estéril e esfregar a boca, incluindo lábios e língua, 2 a 3 vezes; borrifar água esterilizada gelada na parte de trás da boca do doente 5 a 6 vezes; aplicar hidratante de menta nos lábios e na língua e 3º: reavaliar o nível de sede. Os resultados referentes à sede de acordo com a escala quantitativa da sede (escala numérica de 0 a 10, sendo 0 nenhuma sede e 10 a pior sede possível) diminuíram significativamente de uma média de 7.9 para 3.9 após a intervenção realizada pelas enfermeiras ($p<0,001$) e de uma média de 9.2 para 5.3 após a intervenção realizada pelos membros da família ($p<,002$). O mesmo foi verificado quando os doentes utilizaram a escala qualitativa ($p<0.001$). A *bundle* de intervenção da sede aliviou significativamente a sede dos doentes, bem como resultou numa redução da sobrecarga do cuidador.

O estudo realizado por Vonsteinet *et al* (2019), pretendeu avaliar a eficácia de uma intervenção programada: utilizar esponjas orais humedecidas em água gelada e utilizar hidratante labial de mentol, uma vez a cada hora, desde as 10h às 17h e comparar com uma intervenção não programada (a pedido do doente), no alívio da intensidade da sede, *distress* e sensação de boca seca, em doentes internados em unidade de cuidados intensivos. Como resultado obtiveram que: tanto as intervenções programadas, como as não programadas tiveram diminuição significativa em todos os três desfechos, no entanto a magnitude das diferenças foi maior no grupo das intervenções programadas, com diferenças estatisticamente significativas para a intensidade da sede ($p=0,02$) e “sensação de boca seca” ($p=0,008$). No que respeita o *distress*, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,07$).

No estudo efetuado por Conchon & Fonseca (2014), os autores propuseram comprovar a eficácia de um gelado de água em comparação com a água à temperatura ambiente no alívio

da intensidade da sede no pós-operatório imediato. O resultado que esperavam alcançar era que o gelo é mais eficaz para mitigar a sede através do estímulo de recetores orofaríngeos sensíveis à temperatura, permitindo deste modo a gestão eficaz da sede com um volume pequeno de líquidos. Acabaram por conseguir comprovar, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$), que o gelado de água foi 37,8% mais eficaz que a água a temperatura ambiente no que se refere à variação da intensidade da sede inicial e final, a partir do segundo momento de avaliação e intervenção na tese de mestrado de Conchon (2014), realizada posteriormente com base neste artigo.

No estudo efetuado por Serato *et al* (2019) foi avaliada a utilização do mentol, tanto através da hidratação labial como em formato de gelado de água e comparado com a não utilização de mentol quer em hidratação labial, quer em formato de gelado de água, no alívio da sede no pós-operatório imediato. Como resultado obteve-se que ocorreu uma diminuição significativa ($p < 0,05$) sobre a intensidade da sede, hidratação e sabor na cavidade oral nos três momentos de avaliação/intervenção efetuados no estudo para os dois grupos indistintamente. Estes resultados podem ser devidos ao comportamento muito similar de ambos os grupos, visto que está descrito em estudos paralelos que os mesmos termorreceptores são ativados tanto pelo gelo como pelo mentol, e em discussão deixaram a hipótese de que neste caso, houve a ativação do mesmo recetor. Colocou-se ainda uma segunda hipótese, uma vez que ocorreu uma diferença significativa no grupo experimental para a intensidade da sede no segundo momento de avaliação/intervenção ($p < 0,05$), após uma única utilização de intervenções com recurso ao mentol. Esta hipótese pode ser explicada, devido à dessensibilização dos termorreceptores ativados pelo gelo na orofaringe, bem como das papilas gustativas, após serem continuamente estimuladas pelo mentol.

A sede é identificada como um fator promotor de desconforto e este desconforto aliviado através de intervenções de enfermagem que se relacionam com os aspetos centrais da teoria de Kolcaba (2003) contextualizada nos 3 sentidos do conforto: alívio, tranquilidade e transcendência e quatro contextos distintos: físico, psico-espiritual, ambiental e social. Ao longo desta *scoping*, podemos identificar algumas intervenções para o alívio da sede, não só dirigidas à intensidade como também ao *distress* causado pela mesma.

As intervenções/estratégias identificadas ao longo desta revisão, com vista a implementação de cuidados de conforto, foram agrupados de acordo com os quatro contextos distintos da

experiência confortadora e transformados em linguagem de enfermagem (linguagem CIPE) (OE, 2016), os quais se encontram no quadro 2.

Quadro 2. Síntese estruturada das intervenções confortadores nos diferentes contextos da experiência confortadora.

Contexto Físico	Contexto Psico-espiritual	Contexto Ambiental	Contexto Social
Cuidados orais, através da utilização de esponja de água fria, spray de água gelada, gelado de água, hidratante labial de mentol; Avaliar <i>status</i> oral antes e após da realização das intervenções confortadoras.	Providenciar apoio emocional através da gestão do <i>distress</i> provocado pela sede. Facilitar capacidade para comunicar necessidades, relacionadas com a sede.	Manter dignidade e privacidade implícita em toda a prestação de cuidados.	Promover apoio da família, através da gestão da gestão do <i>distress</i> provocado pela sede. Ensinar família os protocolos/ medidas implementadas para a gestão da sede.

1.3. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos reforçam a importância da equipa de saúde, concretamente os enfermeiros, atenderem à pessoa que vivencia desconforto através da sede como uma necessidade humana básica. A sede é definida como um dos sintomas mais persistentes e intensos na pessoa em situação crítica e subvalorizada pelos profissionais de saúde. A pesquisa realizada permitiu-nos mapear as intervenções confortadoras para o alívio da sede da pessoa adulta consciente em situação crítica. Embora algumas intervenções vão de encontro às práticas habitualmente realizadas, outras surgem como novidade, contribuindo para produção de conhecimento da Enfermagem em contexto crítico. Na atualidade, em época de desafios constantes evidencia-se a necessidade de desenvolver mais estudos acerca

desta temática dado que a sua escassez pode constituir uma possível limitação. Desta forma gostaríamos de realçar a necessidade de continuar a investir na investigação científica e na padronização destas intervenções por parte dos enfermeiros.

2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização de estágios representa uma componente fulcral no processo de formação e de aquisição de competências do enfermeiro, tanto práticas, como teóricas e relacionais. Os mesmos permitem consolidar e colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos; obter uma nova visão sobre um determinado contexto e realizar uma reflexão sobre a prática, que segundo Peixoto & Peixoto, 2016 se assume como uma premissa para os profissionais autónomos e críticos. Segundo Boud, Keogh, & Walker (1985), citado por Peixoto & Peixoto (2016, p.122) *“a prática reflexiva corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão”*, podendo ainda servir como *“moderador de aprendizagem”*.

Os estágios permitem ainda, numa opinião muito pessoal o desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência de quem os realiza, quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional, confirmando aquilo que sabíamos ser, ou desenhando um novo perfil. No entanto, acredito que ninguém termina um estágio no mesmo ponto em que iniciou, presumindo-se uma construção de identidade. Reforçando ainda a necessidade do processo de consciencialização, Paulo Freire (2006, p.30) afirma que:

“a consciencialização implica que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica, na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”.

A formação em enfermagem baseada em competências, assume segundo Rabiais (2016, p.38), *“a pedra basilar à obtenção de determinados resultados definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão”*.

A competência apresenta-se como a conjugação de diversos saberes: saber-saber, saber-fazer e saber-ser, em que o indivíduo *“se envolve e mobiliza conhecimento de natureza global e específica, técnica e relacional, bem como habilidades e valores na realização da sua atividade”* (Correia, 2012, p. 76).

Ainda de acordo com Le Boterf (2004), citado por Correia (2012), existem diferentes níveis de competência requeridas ao profissional, nomeadamente: saber agir, saber mobilizar recursos, saber comunicar, saber aprender, saber envolver-se, saber assumir

responsabilidades e ter visão estratégica; sendo que, durante a realização dos estágios objetivei também aperfeiçoar estas mesmas competências.

Neste capítulo, apresento as aprendizagens adquiridas no decorrer dos estágios e as atividades que me propus desenvolver, de forma a adquirir competências especializadas, bem como as dificuldades sentidas, inerentes a este processo, de forma crítica e reflexiva, suportada por bibliografia adequada e pela mobilização de teorias, nomeadamente a Teoria de Kolcaba e de Pontífice-Sousa, de forma a atingir os objetivos traçados.

O objetivo geral traçado foi transversal a todos os estágios: “desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais”, conduzindo-me posteriormente à definição dos objetivos específicos que se adequaram às minhas necessidades de aprendizagem e aos contextos de estágio onde estive inserida.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste capítulo, abordarei as experiências vivenciadas no primeiro estágio do meu percurso formativo. O mesmo decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital central de Lisboa, de 19 de abril a 30 de junho de 2021, num total de 180 horas. O presente capítulo contemplará a caracterização do serviço e uma análise crítica e reflexiva desse mesmo percurso.

2.1.1. Caracterização do Serviço

A unidade em questão foi inaugurada em 1986, e é classificada como uma unidade funcional de nível II/III, apresentando respetivamente quatro camas de nível II, assim designada por ter “*capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; podem não proporcionar, de modo ocasional ou permanente acesso a meios de diagnóstico e especialidade médico-cirúrgicas diferenciadas*” (Ministério da Saúde [MS], 2013, p.58) e oito camas de nível III, que “*corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos*” (MS, 2013, p.58). No entanto estes números podem variar, consoante as necessidades, com a possibilidade de aumentar o número de camas de nível III, como foi possível observar durante o período de estágio, motivado pela pandemia de Covid-19.

A equipa multidisciplinar é constituída por: médicos assistentes e médicos externos a completar a sua formação, assistentes operacionais e 27 enfermeiros dos quais, 2

desempenham funções de gestão num horário fixo e os restantes estão divididos em 4 equipas e realizam horário rotativo. Os cuidados de enfermagem são assegurados por 6 enfermeiros no turno da manhã, 5 enfermeiros no turno da tarde e 4 enfermeiros no turno da noite, com a possibilidade de sofrer alterações mediante a necessidade do serviço.

As pessoas doentes admitidas são provenientes de transferências internas, nomeadamente do serviço de urgência (SU) e de outros hospitais, desde que requeiram este tipo de cuidados.

2.1.2. Análise Crítica e Reflexiva

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8656).

Ancorada nesta definição de pessoa em situação crítica e na exigência perante os cuidados de enfermagem é possível construir uma visão ampla da complexidade que se encontra associada aos cuidados de enfermagem, em contexto de unidade cuidados intensivos, as quais são definidas como *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”* (MS – Direção de Serviços de Planeamento, 2003, p.6). É assente nesta perspetiva de rigor e complexidade que reflito sobre a minha passagem por esta UCI.

Este foi, sem dúvida um percurso bastante enriquecedor, nem sempre fácil, mas indiscutivelmente de crescimento, de aprendizagem diária, em que a mesma foi assumida como um processo contínuo e para o qual levei alguns receios, mas acima de tudo muita motivação, vontade e disponibilidade de aprender e uma enorme expectativa. Este processo foi facilitado pela equipa multidisciplinar deste serviço que tão bem me acolheu, permitindo a partilha de conhecimentos e a exposição de dúvidas e receios.

Acima de tudo, o meu objetivo pessoal foi o de conseguir absorver ao máximo todos os conhecimentos e aprendizagens possíveis durante este período e melhorar a minha prática; e ao longo do tempo penso que fui conseguindo atingir esse objetivo, no sentido em que me

fui tornando progressivamente mais autónoma; consegui identificar as respostas humanas apresentadas pela pessoa doente e agir em conformidade através de intervenções autónomas ou interdependentes, bem como conseguir compreender e manusear os diversos equipamentos necessários à monitorização e tratamento. Considero que o facto de não ter experiência profissional em contexto de cuidados intensivos, possa em alguns momentos ter sido causadora de algum *stress* adicional e pontualmente de alguma insegurança, com a plena consciência de que o caminho a percorrer seria longo e intenso. No entanto, a experiência profissional que possuo (ainda que noutro contexto) associada ao facto de apresentar um pensamento crítico e uma prática reflexiva, que considero fazerem parte da minha identidade enquanto profissional, revelaram-se bastante importantes neste processo. Segundo Benner (2001), a experiência profissional é de elevada importância e a mesma considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Perante as características desta unidade e aquelas que seriam as minhas ambições no que respeita às aprendizagens para este ensino clínico, defini como objetivo geral: “desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos à pessoa em situação crítica e seus familiares.”

Com base no objetivo geral, foram definidos os objetivos específicos; sendo que o primeiro objetivo específico definido foi: “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI tendo por base a prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde” e quanto ao mesmo, penso ter conseguido adquirir competências em todos os domínios, tendo em conta as atividades que me propus desenvolver.

Em relação às dinâmicas, organização, normas e protocolos em vigor e procedimentos específicos do serviço, bem como sistema de registos informáticos, penso que consegui com relativa facilidade integrar-me e adaptar-me de forma a cumprir com rigor tudo o que era suposto realizar em cada turno e devo salientar que, o facto de ter existido por parte da equipa multidisciplinar disponibilidade para me mostrar detalhadamente a organização e funcionamento do serviço nos primeiros dias de estágio, foi muito importante para a minha adaptação. Segundo Collière (1999), conhecer o espaço físico onde decorre a ação é uma necessidade imprescindível, quer para o enfermeiro, quer para a pessoa alvo de cuidados e tal facilita a adaptação.

Relativamente à interpretação de sinais vitais, identificação/antecipação de sinais de instabilidade hemodinâmica na pessoa em situação crítica e atuação adequada e em tempo útil nas mais diversas situações de instabilidade, foi para mim um dos maiores e mais complexos desafios de todo o ensino clínico, sendo que, segundo a OE (2011), prever e detetar precocemente as complicações, assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. Desta forma, fui desenvolvendo ao longo do estágio a leitura de bibliografia adequada que me permitisse ao máximo saber responder às situações com que me ia deparando; tentei mobilizar para a prática diária os conhecimentos adquiridos em contexto teórico; utilizei em situações atuais conhecimentos adquiridos em situações experienciadas anteriormente, e em todo este processo foi de extrema importância o papel da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar, que me foram despertando para pontos-chave daquela situação específica e proporcionaram o esclarecimento de dúvidas relacionadas com as diversas situações em causa, bem como permitiram inúmeros momentos de discussão e aprendizagem, que me levaram a desenvolver a competência de autoconhecimento e assertividade (OE, 2019). Sinto que ao longo do percurso me fui tornando cada vez mais autónoma na prestação de cuidados e fui conseguindo formular um raciocínio lógico e estruturado de forma a priorizar cuidados para agir exatamente como deveria, revelando consciência crítica.

Gerir todos estes cuidados em associação com uma vasta quantidade de equipamentos e tecnologia avançada, leva a que o enfermeiro necessite de uma constante atualização dos seus conhecimentos e competências técnicas e desta forma realço a utilização de alguns dispositivos, nomeadamente: cateteres venosos centrais, linhas arteriais, pressão venosa central; drenagens torácicas, dispositivos de monitorização hemodinâmica minimamente invasiva como é o caso do *Vigileo*, ou de monitorização da sedação como é o caso do *Bispectral Index*; bem como uma vasta panóplia de medicação nomeadamente: sedativos e hipnóticos, curarizantes, analgésicos e fármacos vasopressores. Para além disso a utilização destes fármacos remete-nos para a aplicação de algumas escalas nomeadamente a escala mais utilizada nesta unidade para avaliação da dor, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a escala de avaliação de sedação/agitação, a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Todos os pontos apresentados representam focos de aprendizagem durante o presente estágio e remetem para uma das competências comuns do enfermeiro especialista, que se prende com

o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, em que o enfermeiro baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

No que respeita a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), segundo a Direção Geral de Saúde [DGS] (2017), estas aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde e representam uma preocupação constante para os profissionais de saúde sobretudo em contexto de cuidados intensivos, pelo risco acrescido de infeção, associado não só à condição clínica da pessoa, como devido à necessidade frequente de utilização de dispositivos invasivos de monitorização e tratamento.

Embora segundo a mesma fonte se tenha assistido a um decréscimo global da incidência destas IACS em Portugal, de 10,5% em 2008 para 7,8% em 2017, tal deve-se em grande parte à sensibilização e implementação das regras de boa prática adotadas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da correta utilização de equipamento de proteção individual, práticas seguras na preparação e administração de terapêutica e através da lavagem das mãos; sendo que podemos salientar que em 1856 Florence Nightingale terá sido a primeira enfermeira a considerar que um ambiente conspurcado por matéria orgânica seria propício à ocorrência de infeção (Tomey & Alligood, 2004).

Na UCI em questão encontrei uma forte preocupação relacionada com as IACS, nomeadamente através de projetos relacionados com a lavagem das mãos, como é o caso da “*Stop Infeção*” e como tal, considere de elevada relevância incluir esta temática num dos objetivos para este estágio. Desta forma, também a este nível, não só adquiri inúmeros conhecimentos, nomeadamente na utilização de equipamentos de proteção individual e nas intervenções a realizar a fim de minimizar o risco de infeção em procedimentos específicos, como é o caso da cateterização vesical, da manutenção do catéter venoso central, ou da prevenção da pneumonia associada ao ventilador, como também colaborei com a equipa no controlo destas mesmas infeções, nomeadamente através da realização de um Plano de Cuidados⁵ sobre esta temática, pois para tal necessitei de realizar a leitura de bibliografia científica e normas atualizadas que me permitiram organizar e sintetizar esta informação, permitindo uma consulta acessível, onde constam intervenções detalhadas, e assim desenvolver boas práticas enquanto enfermeira e de certa forma contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados; sendo que, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da

⁵ Apêndice I: Plano de Cuidados relativo à Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011). Para além disso, compilei os artigos consultados e realizei um portfólio.

Ainda relativamente a esta temática tive a oportunidade de assistir a um “*Journal Club*” apresentado pela equipa médica do serviço relativo à utilização de antimicrobianos em UCI, que se revelou bastante interessante e útil neste contexto, uma vez que também nesta vertente têm sido reunidos esforços, no sentido de alertar os profissionais de saúde para a resistência bacteriana aos antibióticos e segundo a DGS (2017) concluiu, o consumo de antibióticos tem efetivamente diminuído, quer nos hospitais, quer na comunidade.

A aquisição de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica pressupõe muito mais do que a componente física. Segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas de forma holística, a qual nos conduz para a humanização dos cuidados. Segundo Almeida (2014) este termo tem sido utilizado quando, para além das dimensões técnicas e científicas do cuidar, é reconhecida à pessoa doente o respeito pela sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade enquanto ser humano, pressupondo-se uma “*relação sujeito-sujeito*”. Alcançar o cuidado holístico, individualizado e personalizado à pessoa em situação crítica e seus familiares, foi um objetivo e uma preocupação constantes. É muito comum em UCI as pessoas doentes passarem longos períodos sob sedação e/ou curarização, encontrando-se vulneráveis não só do ponto de vista físico, como emocional e social e a realidade possível de perceber nesta unidade, foi de encontro à prática que pretendia desenvolver, com respeito pela privacidade e dignidade de cada pessoa doente; com extremo cuidado ao ambiente envolvente.

Foi-me possível observar, que quando estamos perante uma pessoa consciente, (que ocorre muitas vezes já num processo de recuperação), envolta neste ambiente tecnológico, a complexidade dos cuidados pode intensificar-se, uma vez que, associada à perceção do ambiente envolvente, surge muitas vezes a ansiedade, o medo, a angústia, o desespero, a dor física e emocional e até uma necessidade aparentemente tão simples de suprir como a sede (tantas vezes manifestada), pode ser um verdadeiro motivo de sofrimento. O mesmo vai de encontro à literatura; sendo que, para Faria, Pontífice-Sousa & Gomes (2018, p.491) “*A hospitalização do doente crítico é um processo revestido de experiências frágeis, dada a exposição aos elementos de stress e ameaças (integridade corporal, vergonha, dor, cansaço,*

separação, dependência e outras privações)” e o enfermeiro tem um papel fundamental na gestão destes sentimentos e na busca de estratégias confortadoras que façam frente a estes sentimentos e sensações nos quais a pessoa doente se encontra envolvida. O enfermeiro, é o profissional de saúde que mais tempo passa com a pessoa doente ao longo das 24h, sobretudo junto da pessoa em situação crítica (PSC) e nesse sentido tem um papel privilegiado junto da mesma. Em tantos e tantos momentos, foi-me possível perceber que também é possível estabilizar a frequência cardíaca ou o padrão respiratório, alterados pela ansiedade, pelo simples facto de estarmos presentes, dirigir uma palavra de conforto, ou através do toque. Para Hesbeen (2001, p.37) o processo de cuidar *“combina elementos de destreza, de saber ser, de intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação singular”*.

Esta realidade é em grande parte das vezes, um processo muito demorado. O caminho é longo, e não o é apenas para a pessoa doente, como também para os seus familiares e este estágio teve muitos “dissabores” nesse sentido, tendo em conta que a família é também alvo de cuidado por parte do enfermeiro. Segundo Carlucci, *et al* (2020), citado por Almeida (2021), comunicar com os familiares não deve ser considerada uma tarefa de compaixão, mas um dever necessário e profissional, com vista à humanização dos cuidados.

O facto de este estágio ter sido realizado em plena pandemia, em que as visitas presenciais se realizavam em circunstâncias muito restritas e específicas, acentuou muitos dos sentimentos descritos anteriormente e aumentou a angústia, a preocupação e a incerteza por parte dos familiares; não nos esqueçamos de quantos partiram sem possibilidade de despedida! Segundo Almeida (2021), o distanciamento físico e os sinais de demarcação de distanciamento entre as pessoas, aplicados durante a pandemia foram considerados como barreiras “anti-humanização”. Embora tivesse existido sempre uma enorme preocupação em dar informações mais detalhadas sempre que existia um contacto telefónico, a privação da presença física aumentou substancialmente este sofrimento. Também neste contexto os enfermeiros foram imprescindíveis, através da implementação de agendamento de videochamadas, sempre que a situação clínica dos seus familiares o permitisse. Desta forma, foi possível quebrar em parte a barreira que afastava ainda mais estas pessoas doentes das suas casas e dos seus entes queridos; foi possível atenuar o sofrimento e a angústia motivados pela situação atual e pela presença naquele ambiente e trazer algum ânimo, força e esperança para ambos. Segundo um estudo realizado por Ritchey *et al* (2020), as novas tecnologias podem auxiliar no processo de humanização, na medida em que, podem preparar a família

para o que irão ver; assegurar um ambiente de confiança ou até mesmo algo tão simples como colocar músicas que a pessoa gosta.

Recordo-me de um jovem que esteve durante vários dias em estado crítico, com sedação e analgesia em perfusão contínua, sob suporte de aminas e técnica dialítica. Durante esse período as notícias não foram animadoras para os seus familiares, mas felizmente a sua situação foi revertendo favoravelmente e recordo-me perfeitamente da emoção existente na primeira videochamada que realizou com a sua mãe. Um momento que seguramente fez a diferença para ambos e que não mais esquecerei.

Considero ainda importante fazer referência à aquisição de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019), as quais são para mim de elevada importância e que considero como pontos-chave de todos os ensinamentos clínicos e da prática profissional em geral, uma vez que, dado o aumento da complexidade dos cuidados e o avanço tecnológico, torna-se cada vez mais imperativa a capacidade de tomar decisões perante questões de domínio ético. Nesta unidade especificamente, considero ter desenvolvido a minha prática com base nos pressupostos da ética e deontologia da profissão de enfermagem e fui convidada a fazer parte da tomada de decisão em equipa.

Relativamente ao segundo objetivo específico, “desenvolver competências específicas na área da ventilação mecânica invasiva (VMI), na pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI)” muitas foram as aprendizagens adquiridas nesta área.

A VMI está presente na grande maioria das pessoas doentes internadas nesta unidade e constitui uma técnica de suporte vital que requer inúmeros conhecimentos e competências técnicas e científicas por parte da equipa de enfermagem, de forma a promover a otimização da mesma. Por esse motivo, considerei pertinente dar relevância a este tema e defini como objetivo específico desenvolver competências nesta área. É na minha opinião bastante complexa devido à variedade de ventiladores existentes, às modalidades de ventilação disponíveis e à distinta parametrização, mas é essencial neste contexto compreender estas funcionalidades e sobretudo reconhecer e interpretar não só os valores fornecidos pelo ventilador como a resposta da pessoa doente a essa mesma ventilação e é isso que nos permite agir adequadamente e em tempo útil. Para tal, foi necessário recorrer à bibliografia disponível nesta área a fim de compreender e interpretar a parametrização e reconhecer as formas de atuação nas distintas situações; foram também imprescindíveis as “discussões” e os debates de situações pontuais da prática diária com a equipa multidisciplinar a fim de

melhor compreender, interpretar e atuar. Segundo Benner (2001), é através da experiência adquirida que a perícia se desenvolve e embora o conhecimento teórico seja importante, é insuficiente para a tomada de decisões complexas na práxis de enfermagem. Para além disso, uma vez que esta unidade e os seus profissionais estão muito direcionados para os problemas do foro respiratório, tive oportunidade de receber alguma “formação” específica nesta vertente e quando pontualmente existia um ventilador disponível, foi-me permitido manipular para melhor compreender.

Como forma de consolidar as minhas aprendizagens elaborei um Plano de Cuidados⁶ com o diagnóstico e intervenções de enfermagem realizadas de acordo com as necessidades da pessoa doente sob VMI e o mesmo permitiu-me organizar e sistematizar as intervenções necessárias realizar a uma pessoa ventilada, desde as diretamente relacionadas com a ventilação, como indiretamente, tais como os posicionamentos e alimentação entérica de forma a prevenir a Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV).

Durante o ensino clínico, foram vários os procedimentos que realizei relacionados com a VMI, nomeadamente a colaboração na entubação e extubação orotraqueal, manutenção da entubação orotraqueal, aspiração de secreções com e sem circuito fechado, colaboração na realização de broncofibroscopias e um enorme desafio que se prendeu com a comunicação com a pessoa doente ventilada, uma problemática relatada por mais de 50% das pessoas internadas em contexto de cuidados intensivos e que, a classificam como moderada a extremamente stressante (Guttormson, Bremer & Jones, 2015) e segundo um estudo de Handberg & Voss (2018), os doentes ventilados sofrem muito frequentemente de ansiedade, stress, medo, sofrimento físico, frustração, impotência, despersonalização, delírio e confusão. Como tal, são necessárias estratégias para tentar combater esse problema, sendo que a mais utilizada, sempre que possível, foi a comunicação através da escrita, ou o recurso aos quadros de imagens/frases pré-estabelecidas, de forma a atender às necessidades e anseios específicos da pessoa, bem como individualizar e personalizar os cuidados. Estes aspetos conduzem-nos mais uma vez ao tema da humanização dos cuidados e segundo Freitas (2015), a mesma é enquadrada num contexto em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, são reconhecidos os direitos das pessoas doentes, é respeitada a sua individualidade, dignidade e autonomia.

⁶ *Apêndice II: Plano de Cuidados relativo às necessidades da pessoa doente sob VMI.*

Como terceiro objetivo específico defini: “aprofundar conhecimentos relativos às técnicas de substituição renal utilizadas na pessoa em situação crítica em contexto de UCI”, que a par da ventilação mecânica invasiva foi bastante desafiante pela complexidade que acarreta. Para além da leitura de bibliografia adequada sobre o tema, a experiência da enfermeira orientadora neste contexto, foi uma grande mais valia na aquisição de conhecimentos, pois sempre que existia a possibilidade de prestar cuidados a uma pessoa sob técnica dialítica, proporcionavam-se importantes momentos de aprendizagem; permitia-me realizar a montagem do circuito, programar a técnica (ainda que nesta unidade concretamente se realizasse apenas técnica dialítica contínua) e discutíamos sempre os parâmetros em associação com a situação clínica da pessoa em questão e aquelas que seriam as suas necessidades. Infelizmente, devido à situação pandémica não se concretizou o *workshop* que tinha previsto para este ensino clínico, relacionado com as técnicas de substituição renal, pelo que, a atividade realizada sobre este tema, prendeu-se com a elaboração de um Plano de Cuidados⁷ a uma pessoa doente sob técnica de substituição renal. De salientar que, a **sede** surgiu mais uma vez como uma das manifestações e necessidades mais sentidas e referidas pela pessoa doente neste contexto e foi neste momento, que despertei para a pertinência desta temática e que me fez todo o sentido investigar mais sobre ela.

Ao longo deste estágio, julgo ter demonstrado capacidade de mobilização de conhecimentos, tanto adquiridos em contexto teórico como da minha prática diária. Baseei a minha prática na evidência científica com o intuito de prestar os melhores e mais adequados cuidados à pessoa em situação crítica e como já referi anteriormente foi um caminho de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

⁷ Apêndice III: Planos de Cuidados relativo às necessidades da pessoa doente sob Técnica de Substituição Renal.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Neste capítulo, abordarei as experiências vivenciadas no segundo estágio do meu percurso formativo. O mesmo decorreu num Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital na área da grande Lisboa, de 20 de setembro a 6 de novembro de 2021, num total de 180 horas. O presente capítulo contemplará a caracterização do serviço e uma análise crítica e reflexiva desse mesmo percurso.

2.2.1. Caracterização do Serviço

O SU em questão, localiza-se no piso 0 do Hospital, sendo que existe acessibilidade ao mesmo, externa e diretamente para admissão de pessoas doentes e interna para colaboradores. O mesmo possui circuitos de comunicação com áreas assistenciais do mesmo hospital, que apoiam o SU, como é o caso da imagiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia, os quais se encontram identificados com sinalética adequada.

O SUG, integra as seguintes áreas: área de admissão e triagem; área de pessoas doentes pouco urgentes (às quais são atribuídas pulseiras azuis e verdes); área de pessoas doentes urgentes (às quais são atribuídas pulseiras amarelas e laranjas); área de emergência e de cuidados diferenciados, a qual inclui a sala de emergência e reanimação destinada à abordagem das situações emergentes e ao primeiro atendimento médico das vias verdes, com capacidade para abordar dois doentes em simultâneo, bem como a sala de observação (SO), que possui dez camas, estando duas destas em quartos com capacidade para isolamento com pressão positiva ou negativa; área de trauma; área da “Viatura Médica de Emergência e Reanimação” (VMER) e áreas diversas de apoio, nomeadamente: sala de apoio ao utente e acompanhante; gabinete de assistente social; armazéns de limpos, sujos e arrecadações; copas e salas de reuniões, gabinetes vários de apoio administrativo e casas de banho.

Relativamente à equipa de enfermagem, o número de enfermeiros é variável de acordo com fatores como o dia da semana ou a sazonalidade, no entanto é assegurado no período de menor atividade um mínimo total de onze enfermeiros por turno, sendo os mesmos alocados pelos vários setores do SUG.

Existem quatro equipas de enfermagem, sendo cada uma delas chefiada por um enfermeiro, denominado por enfermeiro chefe de equipa, o qual é previamente designado pelo enfermeiro responsável do SUG.

Relativamente à equipa de enfermagem da VMER, é constituída por enfermeiros credenciados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, que garantem a operacionalidade do meio VMER.

2.2.2. Análise Crítica e Reflexiva

Os serviços de urgência são as portas de entrada dos hospitais e são “*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*” (MS, 2002).

A DGS (2001, p.7) afirma que, para uma melhor compreensão do funcionamento dos serviços de urgência é importante integrarmos os conceitos de urgência e emergência, classificando urgência como

“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves, até às graves, com risco de estabelecimento de falência das funções vitais” e emergência como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”.

Desta forma, considere relevante definir como objetivo geral para este estágio: “desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência”.

No meu percurso académico e profissional, nunca tinha tido oportunidade de passar por um Serviço de Urgência (SU). Confesso que sempre senti alguma relutância a seu respeito, por uma ideia pré-concebida de um serviço confuso, desorganizado, em que facilmente se perde o controlo das situações e sobretudo, em que é difícil prestar às pessoas que a ele recorrem (pela elevada afluência), o cuidado, a disponibilidade, a atenção e profissionalismo que merecem. No entanto, a minha experiência pelo serviço de urgência, revelou-se uma agradável surpresa e levou-me a compreender que é possível prestar cuidados de excelência mesmo em situações e ambientes de exceção, com a particularidade de me ter ajudado a desenvolver competências, como: a gestão dos cuidados, o sentido organizacional (focando-me no que é realmente essencial) e a ter presentes os conhecimentos necessários (prática baseada na evidência) a uma adequada e atempada prestação de cuidados.

Pela localização e área de abrangência deste SU, a multiculturalidade foi um fator que me fez levar a cabo inúmeros desafios, como a barreira linguística, fator importante, por exemplo para a obtenção da história e elaboração dos planos de cuidados de enfermagem.

Segundo Alminhas (2007), a enfermagem de urgência comporta um misto de capacidades, experiência e saber personalizado e nenhuma outra área de enfermagem espera tantos conhecimentos por parte do enfermeiro. Não poderia estar mais de acordo. De facto, a mesma exige uma observação e atuação muito particulares, de forma rápida e concisa, revelando-se um desafio extremamente interessante, que me estimulou a fazer mais e melhor e que me colocou à prova, não só a nível técnico/científico, como ético e relacional e me ajudou a lidar com situações de *stress*, tantas vezes experimentadas pelos profissionais de saúde neste contexto.

Assim, surge o primeiro objetivo específico que defini no meu projeto de estágio: “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência”, onde considero ter desenvolvido competências nos diferentes domínios.

No que concerne à estrutura física, organização e funcionamento do SU; normas, procedimentos e protocolos em vigor; circuito de admissão, permanência e transferência da pessoa doente; instrumentos de registo; funcionamento dos equipamentos em utilização (monitores, desfibriladores, ventiladores, entre outros), bem como toda a integração no SU de uma forma geral, decorreram de forma muito linear e satisfatória. Senti-me desde o primeiro dia acolhida como um elemento da equipa; pude contar com a total disponibilidade da enfermeira orientadora para me ensinar e orientar nas diferentes situações e gradualmente senti confiança da sua parte na minha atuação, que me conferiram autonomia e responsabilidade profissional e ética, como de resto é uma competência comum do enfermeiro especialista (OE, 2019). É também de enaltecer a equipa multidisciplinar, que se revelaram elementos imprescindíveis e facilitadores no meu processo de aquisição de competências. A minha vontade de aprender e a minha motivação terão sido seguramente um contributo neste processo; no entanto, sem uma equipa coesa e com espírito de compromisso, esta experiência não teria sido tão gratificante como se verificou; tendo reinado sempre a harmonia, a disponibilidade mútua e o trabalho em equipa.

Ao longo do estágio tive oportunidade de passar pelo menos um turno em cada setor do SU, e isso permitiu-me uma visão alargada sobre o seu funcionamento. Desde a triagem, que é

realizada através do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), o qual pretende garantir a segurança da pessoa doente, através da determinação do tempo adequado de espera para observação médica e o qual se baseia na identificação de problemas e na atribuição da prioridade clínica, consoante a cor atribuída (*Manchester Triage Group*, 2014). A mesma é realizada por um enfermeiro (aquele que muitas vezes estabelece o primeiro contacto com a pessoa doente) e que denota desde logo a complexidade deste processo. A necessidade de um conhecimento alargado sobre os processos fisiopatológicos, a capacidade de reconhecer padrões de resposta humana alterados, de antecipar, prever e despistar complicações imediatas; encaminhar e/ou referenciar a pessoa para o local correto e ainda lidar com inúmeras questões do foro ético; tudo isso, muitas das vezes sob um ambiente hostil, são competências e responsabilidades do enfermeiro triador. A título de exemplo, de forma a demonstrar o nível de exigência, experiência, assertividade, diria até maturidade e intuição. Cerca das 8:30h da manhã, de uma segunda-feira, chega-nos à triagem do SU uma mulher com cerca de 40 anos de idade, a claudicar, visivelmente abatida e com queixas álgicas; foi questionado o motivo da vinda e ter-nos-á dito que tinha caído em casa, no entanto o seu nível de tristeza e ansiedade, bem como um ou outro pormenor da história contada faziam crer que existia muito mais por detrás da suposta queda. Apresentava alguma dificuldade em falar e foi então que pedimos para que retirasse a máscara cirúrgica que tinha colocada; apresentava um extenso hematoma na face e uma lesão no lábio. Ficou a descoberto uma situação de violência doméstica que se perpetuava há muito tempo, posteriormente confirmada pela mesma. A sensibilidade e a serenidade demonstradas nesta situação, permitiram-nos fazer a diferença na vida desta mulher, que encaminhámos diretamente para a equipa médica e de psicologia para ser avaliada. Apesar do curto espaço de tempo (porque assim o exige a triagem), acredito ter sido possível marcar a diferença e com um nível de atuação muito efetivo.

Foi ainda possível assistir à ativação da “Via Verde AVC” e “Via Verde Coronária”, bem como à gestão dos seus protocolos. De salientar a importância de a triagem ser realizada por um enfermeiro com experiência, aliada à formação adicional específica em triagem. Segundo Benner (2001), as experiências clínicas e domínio do conhecimento, transformam as performances.

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem integrados à pessoa em situação crítica em contexto de “Sala de Observação” (SO) e “Sala de Emergência” (SE); de monitorizar e realizar as intervenções adequadas a cada situação específica, planeando as

minhas intervenções, atuando em tempo útil, com base no método “ABCDE”⁸, no sentido de otimizar a minha resposta e a da equipa, com a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2019); colaborar na realização de procedimentos invasivos, nomeadamente: colocação de cateter central, linha arterial e intubação orotraqueal com consequente ventilação mecânica, mas também procedimentos não invasivos, como a “Ventilação Não Invasiva” (VNI), um suporte ventilatório bastante utilizado em contexto de SU e que tem vindo a assumir um papel bastante importante, sobretudo a ventilação por pressão positiva, cuja não adesão ao regime terapêutico é um dos principais diagnósticos de enfermagem (Coelho, 2017 citado por Pinheiro, 2020) e para o qual o enfermeiro tem um papel particularmente importante nomeadamente em relação aos ensinamentos, instruções e treino na adaptação à máscara e ventilador, como também na valorização das crenças, para que seja possível atingir um nível de adesão mais elevado (Morais & Queirós, 2013 citado por Pinheiro, 2020).

Tendo em conta esta realidade, foi possível proceder à interpretação de sinais vitais e até de valores de gasimetria; avaliação/identificação e/ou antecipação de sinais de instabilidade hemodinâmica na pessoa em situação crítica, bem como atuação adequada, precisa e atempada nas mais diversas situações; esta que está prevista como uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, segundo a OE (2011) e para a qual foi necessária a realização de um estudo contínuo, bem como uma discussão, partilha e esclarecimento de dúvidas, essencialmente com a enfermeira orientadora, mas também com alguns elementos da equipa e que permitiram a reflexão e o pensamento críticos.

Em contexto de SU, a transmissão de informação pode por vezes ser descurada, tanto pelo ritmo frenético que se vive, como pela variação de pessoas doentes que pode ocorrer ao longo do turno; no entanto, para que a continuidade de cuidados seja assegurada e preservada de forma correta, quer a pessoa doente se mantenha no SU ou seja transferida para outra unidade de internamento, a realização de registos é imprescindível e foi sempre tida em conta por mim, como uma prática essencial. Para além das notas de enfermagem associadas a cada

⁸ De acordo com o programa *Advanced Trauma Life Support* do American College of Surgeons Committee on Trauma (2014): A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability e E – Exposure.

pessoa, em registo informático próprio, a comunicação verbal foi realizada com recurso ao ISBAR⁹, com um *feedback* positivo por parte da enfermeira orientadora.

Relativamente à aquisição de competências no domínio da responsabilidade ética e legal, considero ser um dos pontos fortes da minha atuação e prestação de cuidados e considero ter estado à altura deste desafio.

Os serviços de urgência, são com frequência serviços onde os espaços físicos e os recursos materiais e humanos nem sempre são os ideais, em que o volume de trabalho é por norma bastante elevado e em que muitas das vezes é necessário fazer muito com pouco. No entanto, daquilo que me foi possível perceber, é que com pequenos gestos e atitudes é possível obter um *outcome* positivo na passagem e/ou permanência de uma pessoa doente por um SU.

Segundo Mishel (1981), citado por Mendes (2020), a incerteza no processo de saúde-doença é definida pela incapacidade de inferir o significado dos eventos nesse mesmo processo, associada à limitação da cognição, habilidade, sobrecarga física e emocional, para estruturar, organizar ou prever, a situação atual. Quando ocorre uma situação de incerteza, ocorre simultaneamente um sentimento negativo por parte do indivíduo e família, influenciando a satisfação acerca dos cuidados de saúde e a confiança nos profissionais, gerando ansiedade, medo e angústia. O mesmo autor afirma que a intervenção terapêutica de enfermagem, nomeadamente através da comunicação, com a pessoa doente e sua família, utilizando uma linguagem clara e precisa, preferencialmente sem termos técnicos, permite aos mesmos criar estratégias de *coping* para lidar com esta incerteza.

Na minha opinião é possível ir ainda mais além. Abordar uma pessoa doente com serenidade, mostrando verdadeiro interesse e preocupação pela sua condição muitas vezes de vulnerabilidade, promovendo a escuta ativa das suas angústias, medos e ansiedades; respeitar a sua privacidade e intimidade; pedir autorização para a realização de intervenções ou procedimentos e sempre que possível respeitar as suas preferências ou permitir que se encontrem acompanhados, são algumas das intervenções que tento sempre privilegiar e com as quais obtive um *feedback* muito positivo durante esta minha permanência no SU.

Prestar cuidados individualizados e focados no respeito pela dignidade, promovendo a humanização dos cuidados é da responsabilidade do enfermeiro. Segundo o código

⁹ ISBAR - mnemónica para: I: Identificação; S: Situação atual; B: Antecedentes; A: Avaliação; R: Recomendações.

deontológico o enfermeiro tem o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e numa comunidade e contribuir para um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2015).

A vulnerabilidade não assiste apenas à pessoa doente admitida no SU, estende-se inúmeras vezes aos familiares, os quais completam uma abordagem holística no processo de cuidar. Das experiências vividas, pude perceber que o enfermeiro pode ser um elemento privilegiado e marcar a diferença na forma como os familiares perspetivam as suas vivências, nomeadamente no processo de morrer. Segundo Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & Mcvey (2010), citado por Pacheco (2018), intervir no sofrimento emocional da família não deixa de ser parte integrante de uma abordagem de cuidados críticos.

Ao contrário de outros serviços, nomeadamente das Unidades de Cuidados Intensivos, em que a morte é muitas das vezes expectável e o processo de luto pode ser trabalhado e preparado, no serviço de urgência muitas das vezes isto não se verifica. Frequentemente, na sequência de um evento crítico em que o doente morre de forma inesperada, o familiar é contactado e confrontado com a perda de um ente querido e obrigado a lidar com o choque e com sentimentos que eventualmente desconhece; com a dor, o sofrimento, a impossibilidade de uma despedida, muitas vezes associada a revolta. Em todas as situações com as quais lidei, existiu um trabalho de equipa, no entanto o enfermeiro revelou-se uma figura crucial e que marcou verdadeiramente a diferença. Permitir aos familiares uma despedida, sempre que possível resguardada e protegida o mais possível do barulho e da azáfama do serviço de urgência, dar espaço para a manifestação de dor, para o silêncio, para as lágrimas e para as palavras que ficaram por dizer. Dizer “estou aqui”, ou “fizemos tudo o que foi possível”, ou simplesmente estar presente e disponível revela respeito, preocupação, cuidado e compromisso e pode de facto fazer a diferença no processo de luto.

Recordo-me de uma situação particular, em que contactámos a filha de uma senhora para que se pudesse despedir da mãe uma vez que se identificava que a morte estaria para breve. A sra. dirigiu-se ao hospital e pode estar com a mãe até que partisse. Já estava na minha hora de sair, mas decidi ficar mais um pouco para lhe dar uma palavra de conforto e estar presente para o que sentisse necessário e também porque não sou indiferente ao sofrimento do outro. Não tenho palavras para descrever o quanto se mostrou grata pelo gesto e o quanto agradeceu a toda a equipa, por apesar da perda, ter estado presente e ter sentido tanto carinho, dignidade e humanização.

São experienciais como estas que me fazem acreditar que de facto o enfermeiro pode verdadeiramente marcar a diferença desde o nascimento até à morte.

Segundo Deodato (2008), *“o compromisso assumido perante os outros concretiza-se na prestação de cuidados de Enfermagem, num agir fundamentado na Ética, orientado pela Deontologia, e no respeito pelo Direito vigente”*.

Ainda no domínio da responsabilidade, mas da responsabilidade solidária, segundo Vieira (2004), citado por Deodato (2008), *“é do ser humano, foco do meu cuidado, que deriva a própria fonte da responsabilidade, pelo simples facto de estar ali”*. *“É do encontro com o Outro, um Outro vulnerável e com necessidade de cuidados, que nasce a relação de cuidados”*.

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considero ter desenvolvido o autoconhecimento e a assertividade, bem como ter baseado a minha práxis clínica na evidência científica.

O segundo objetivo definido no meu projeto de estágio: “desenvolver competências na abordagem à pessoa em situação crítica com necessidade de reanimação, potencial ou real”, vai de encontro ao primeiro objetivo, no entanto de uma forma mais específica e reflete uma das grandes necessidades formativas que senti, e à qual tentei fazer face, através das atividades desenvolvidas, mais concretamente em contexto de sala de emergência.

Segundo a DGS (2001), a sala de emergência tem como objetivo acolher pessoas doentes com alto risco de morte. Para Aehlert (2007), citado por Ferreira *et al.* (2020), a prestação de cuidados em contexto de sala de emergência deve procurar a restauração rápida da viabilidade ventilatória e circulatória, com preservação dos órgãos vitais durante a reanimação. Ainda para Ferreira (2020), os cuidados a este tipo de pessoas são altamente especializados, atentando principalmente à prevenção de complicações e minimização da incapacidade. Desta forma, estes mesmos cuidados exigem dos enfermeiros, ações bem coordenadas e altamente qualificadas e para que seja possível uma rápida atuação, como é desejável, é necessário dispor de uma equipa organizada, coordenada (em termos de suporte científico e experiência), existir liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (DGS, 2010).

A liderança tem-se tornado ao longo dos tempos uma característica fundamental no enfermeiro. A mesma, segundo Fradique e Mendes (2013), influencia de forma direta e

significativa a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que essa qualidade depende consideravelmente do líder e da forma como este gere o serviço, tanto em termos ambientais, como humanos ou técnicos; sendo o líder o ponto de apoio para a equipa, seja na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa a desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade dos cuidados prestados (Gelbcke *et al.*, 2008). A capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, corresponde ainda a uma das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019). Tive o privilégio de ter como enfermeira orientadora, uma enfermeira que era também chefe de equipa e cujas características correspondiam perfeitamente com as acima mencionadas; o elemento em quem todos os membros da equipa se reviam, a quem recorriam de forma convicta sempre que necessário, sempre disponível, com uma capacidade incrível de gestão de recursos materiais e humanos e de resolução das mais distintas situações, com uma postura firme e com capacidade de levar tudo e todos a bom porto e esse foi o melhor exemplo e a melhor influência para atingir competências no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2019).

Como referi anteriormente, tive oportunidade de passar vários turnos na Sala de Emergência e pude comprovar esta necessidade, de existir neste contexto uma equipa experiente, coesa, com múltiplas competências, quer sejam técnicas e científicas e não menos importantes, comunicacionais e relacionais (pois assim o exige a necessidade fulcral neste contexto de trabalho em equipa), por forma a que sejam prestados os melhores cuidados possíveis.

Esta foi uma experiência muito enriquecedora em termos de aquisição de conhecimentos e de competências. Poder ser elemento ativo em contexto de reanimação por exemplo; ter oportunidade de utilizar ou observar o funcionamento de equipamentos, que em nenhum outro contexto tive oportunidade, como é o caso do LUCAS¹⁰, ou mesmo atuar nos cuidados antecipatórios de uma paragem cardiorrespiratória (PCR), foram algumas intervenções que pude desempenhar e que vieram acrescentar muito à minha formação e enriquecer-me enquanto pessoa e profissional, uma vez que este contexto, não contempla apenas os conhecimentos técnico-científicos, mas também uma vertente muito importante de humanização dos cuidados, pois a vulnerabilidade já mencionada anteriormente, é aqui manifestamente mais significativa, tanto para a pessoa que vivencia esta experiência neste processo de transição saúde-doença, como para os seus familiares ou pessoas significativas;

¹⁰ LUCAS: compressor e descompressor mecânico externo, que permite assegurar compressões cardíacas de qualidade e de forma autónoma (Biondi-Zoccai *et al.* 2011)

requerendo por parte do enfermeiro e da equipa multidisciplinar de uma forma geral estas competências aprimoradas.

Ainda em relação às aprendizagens adquiridas em contexto de reanimação, algo que considerei fundamental e que invariavelmente foi realizado após a atuação da equipa, foi a realização de *debriefing*. Segundo Dufrene & Young (2014), o *debriefing* é definido como uma reflexão guiada; um momento de comunicação entre a equipa multidisciplinar acerca dos cuidados prestados, com o intuito de melhorar a *performance* dos profissionais envolvidos, através de uma reflexão em grupo e de partilha de experiências. Estes foram momentos extremamente enriquecedores e que me permitiram adquirir conhecimentos fundamentais para uma melhor atuação neste contexto. A par de um conhecimento aprofundado sobre os algoritmos e as técnicas, esta partilha e reflexão no sentido de melhorar a nossa atuação é fundamental.

Como forma de enriquecer e melhorar a minha experiência formativa, necessitei de associar à prática um estudo contínuo, também nesta vertente e como atividade desenvolvida neste contexto, realizei um Póster¹¹ intitulado: “*Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência em Contexto de Reanimação*”, o qual teve como objetivo identificar e definir as funções de cada elemento da equipa em contexto de reanimação. O mesmo foi apresentado à equipa de enfermagem do SU em questão e será afixado na Sala de Emergência deste hospital.

Ao longo do estágio tentei aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem e como tal, saliento os vários momentos em que tive possibilidade de reunir com peritos, nomeadamente: a participação no 1º Congresso Internacional “*O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade*”¹², organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizado na modalidade *webinar*, que se realizou no dia 07 de outubro de 2021; participação no Ciclo de 4 *Webinars* de Enfermagem “*Cuidar em Tempos de Pandemia*”¹³, organizado pela Editora Lidel, que se realizaram nos dias 7, 14, 21 e 28 de outubro de 2021; participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, organizado pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem

¹¹ Apêndice IV: Póster - “*Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência em Contexto de Reanimação*”.

¹² Anexo I: Certificado de Participação 1º Congresso Internacional - “*O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade*”.

¹³ Anexo II: Certificado de Participação no ciclo de 4 *Webinars* de Enfermagem – “*Cuidar em Tempos de Pandemia*”.

Médico-Cirúrgica – “*E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*”¹⁴ que se realizou na Figueira da Foz, nos dias 25, 26 e 27 de outubro de 2021.

Tive ainda oportunidade de participar no simulacro, no âmbito do “*Plano Hospitalar de atuação em situações de emergência/catástrofe externa*”, que decorreu no dia 21 de outubro de 2021 e que, para além da elevada relevância e interesse para a minha formação, vai de encontro a uma das competências específicas do enfermeiro especialista, em que o enfermeiro dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação (OE, 2011). Uma vez que a enfermeira orientadora, desempenhava também funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pude compreender mais de perto o seu funcionamento e forma de atuação e conhecer os seus equipamentos, representando uma mais valia para este ensino clínico.

Este estágio, foi de facto um marco no meu percurso, pois abarcou tudo aquilo que se pode almejar num processo de aprendizagem como este: profissionais de exceção, dedicados e disponíveis, um ambiente favorecedor de aprendizagem, mesmo quando o trabalho parecia infundável e outros quantos fatores que acabaram por se conjugar e, me permitiram ir um pouco além daquilo que tinha inicialmente traçado no meu projeto de estágio, revelando-se uma experiência inesquecível, tendo obviamente contribuído o meu empenho, dedicação, iniciativa e motivação, que acabaram por ser refletidos na avaliação e no feedback fundamentado da enfermeira orientadora.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Após a realização do primeiro estágio, que decorreu em contexto de UCI, percebi que existiam várias áreas que gostaria de aprimorar, vários temas que gostaria de explorar e estudar, novas oportunidades de aprendizagem dentro deste mundo que são os cuidados intensivos. Dessa forma decidi dedicar um período do estágio final à realização de mais um estágio neste contexto, desta vez numa unidade com particularidades distintas da anterior, que me pudesse conferir novas competências específicas ou mesmo aperfeiçoar competências existentes em diferentes contextos; obter conhecimentos e adquirir novas ferramentas para melhor cuidar da pessoa em situação crítica.

¹⁴ Anexo III: Certificado de Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica – “*E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*”

Neste capítulo, abordarei as experiências vivenciadas no terceiro estágio do meu percurso formativo, que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital de Lisboa, de 10 de novembro a 30 de dezembro de 2021, num total de 180 horas. O presente capítulo contemplará a caracterização do serviço e uma análise crítica e reflexiva desse mesmo percurso.

2.3.1. Caracterização do Serviço

A UCIP em questão recebe pessoas doentes com patologias do foro médico e cirúrgico, sendo estas provenientes do SU, Bloco Operatório e transferência interna e externa da área médica e cirúrgica, com necessidade de cuidados intensivos. Por se tratar de uma unidade de referência na área da transplantação hepática e reno-pancreática, a mesma recebe pessoas doentes provenientes de outras unidades funcionais da área da grande Lisboa e fora desta área.

A mesma dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por: enfermeiros, médicos e assistente operacionais, farmacêutica, dietista, fisioterapeutas e psicóloga, entre outras.

É classificada como unidade de nível II/III (definição que consta do subcapítulo relativo ao anterior estágio em contexto de UCI), e é composta presentemente por: 16 camas de nível III e 6 camas de nível II. Possui uma unidade de doentes crónicos ventilados, com lotação para 3 camas e no período de realização do estágio (o qual decorreu em contexto de pandemia), tinha reservadas 2 camas para pessoas infetadas com pneumonia a SARS-coV2 com necessidade de cuidados intensivos, ainda que este número fosse variável consoante as necessidades existentes e a evolução da pandemia.

2.3.2 – Análise Crítica e Reflexiva

A expectativa para a realização deste estágio era elevada pelas características desta unidade. A mesma cativou-me desde o início, por se revelar uma unidade dinâmica, composta por elementos muito experientes e por tantos outros que ainda se encontravam num processo de integração ou a integravam há relativamente pouco tempo, o que na verdade me pareceu bastante interessante pois salienta a aprendizagem como um processo contínuo, com empenho e dedicação de ambas as partes.

Estas características verificaram-se facilitadoras do processo de integração, desde a disponibilidade por parte de todos os profissionais para me receber e ajudar, a facilidade de

comunicação e o espírito de equipa, aliados à minha motivação para aprender, tornaram este caminho ainda mais gratificante. Para além disso a atitude por parte da enfermeira orientadora perante o meu estágio, a sua preocupação constante e empenho para que retirasse o máximo proveito e as melhores aprendizagens, associado ao facto de ter utilizado a estratégia de ser eu a decidir em cada turno as pessoas doentes a quem iria prestar cuidados, de acordo com os meus objetivos de aprendizagem e competências que desejasse adquirir, foi fundamental neste processo.

O objetivo geral foi transversal a todos os ensinamentos clínicos: “desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, à pessoa em situação crítica em contexto de UCI”.

De acordo com aquelas que são as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no que respeita às competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal, considero ter desempenhado uma prática profissional, ética e legal à pessoa em situação crítica e seus familiares, garantindo o respeito pelos direitos e dignidade humana. Na presente unidade é privilegiada a tomada de decisão em equipa e também eu fui convidada a participar. Quer as decisões interdependentes, quer autónomas foram sustentadas pelo Código Deontológico, o qual prescreve os deveres pelos quais o enfermeiro assume a sua responsabilidade profissional (Deodato, 2008), mas também pela experiência adquirida quer da prática profissional, quer dos contextos de estágio anteriores e pelas preferências das pessoas doentes. Esta tomada de decisão revela-se uma componente fundamental, pois expressa a autonomia profissional, sendo que não se trata de um ato isolado, mas de um processo que permite ao enfermeiro fazer as suas escolhas (Deodato, 2008).

Ainda na esfera das decisões, muitas questões se levantaram e muitas reflexões e partilhas realizei em conjunto com a enfermeira orientadora e com a equipa em geral, sendo que muitas delas vão de encontro à temática da obstinação terapêutica, um tema sensível, mas que neste contexto em particular senti necessidade de refletir e partilhar. Acredito que muitos dos dilemas com que nos fomos deparando neste contexto tenham sido potenciados pelo facto de esta unidade receber muito frequentemente pessoas doentes de uma faixa etária bastante jovem, maioritariamente relacionados com a área da transplantação, em que se tentam esgotar todas as alternativas que as possam salvar. Focando-me numa situação em particular, a jovem em questão que se encontrava há várias semanas internada na unidade e já contava com 2 transplantes hepáticos, ambos envoltos em inúmeras complicações,

múltiplas idas ao bloco operatório, e a degradação física e mental a que estão sujeitas as pessoas que passam muito tempo em UCI, em todos os momentos em que foi possível reduzir ou retirar a sedação chorava e referia querer sair dali e ir para casa, encontrando-se visivelmente deprimida. A verdade é que não resistiu às complicações e acabou por falecer. Acresceu o facto de ser testemunha de Jeová e ter sido levada a fazer escolhas provavelmente difíceis. Neste caso aceitou cumprir as transfusões desde que estas não se encontrassem visíveis, para lhe permitir uma melhor gestão do conflito com as suas crenças. No exercício da sua profissão, o enfermeiro assume o valor de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação, quer seja económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (OE, 2015).

Na verdade, a tecnologia desencadeia dilemas bioéticos e quando nos deparamos constantemente com os avanços tecnológicos, a evolução da ciência e temos ao nosso dispor uma imensa panóplia de dispositivos, tornamo-nos pouco reflexivos. O prolongamento da vida a qualquer custo, solidificou-se e a obstinação terapêutica tornou-se uma prática frequente em UCI (D'arco *et al.* 2016). Ainda de acordo com o mesmo autor, o enfermeiro, deve ser o elo de ligação entre a pessoa, a família e a equipa, promovendo a assistência humanizada, prevenindo a perda de dignidade e evitando a obstinação terapêutica. Foi esta a reflexão a que me permiti e foi de encontro a estes princípios que regi a minha prática de cuidados.

Neste ensino clínico a proximidade com família, também se cumpriu de forma diferente, ainda que se mantivessem medidas relacionadas com a pandemia, foi possível estabelecer contacto direto com os familiares. Era sempre o enfermeiro a dirigir-se à entrada do serviço, para receber o familiar, ambientá-lo, acolhê-lo, se necessário prepará-lo para a situação que iria presenciar e acompanhá-lo até à unidade do seu familiar, explicando a utilização do equipamento de proteção individual e as medidas de proteção a adotar. Senti por parte de toda a equipa uma constante preocupação e um olhar atento aos familiares, existindo sempre que necessário, referência à família durante as passagens de turno. Sendo a família alvo dos cuidados de enfermagem, considero este contacto e proximidade de extrema importância. Sendo a doença um processo que afeta todo o núcleo familiar, é fundamental que os cuidados de enfermagem não se limitem apenas à pessoa doente (Cabete *et al.* 2019), evidenciando-se ainda mais em contexto de UCI, sendo que a família *“tem perceção de que nesse contexto de internamento(...) a instabilidade física das pessoas ali internadas está altamente comprometida e que muitas das situações terminam em morte”* (Mendes, 2018, p.186).

Desta forma, e de acordo com um estudo efetuado por Cabete *et al.* (2019, p. 129), a família necessita que a informação transmitida seja clara e honesta; “*de estabelecer uma relação de proximidade e confiança e de poder exprimir sentimentos e alimentar uma esperança realista*”, indo mais uma vez de encontro à humanização dos cuidados, já aprofundada no subcapítulo anterior.

Considero ter estabelecido uma comunicação eficaz e uma adequada relação terapêutica com os familiares e pessoas doentes a quem prestei cuidados. Escutei muitas vezes as suas dúvidas, medos e anseios e considero ter conseguido dar resposta às diversas situações dentro dos limites das minhas capacidades e sinto ter feito a diferença na vida de doentes e familiares.

De acordo com Correio *et al.* (2015), o enfermeiro de cuidados intensivos deve apresentar um perfil particular e as seguintes competências: conhecimento técnico e científico, capacidade de tomada de decisão, liderança, relacionamento interpessoal e trabalho em equipa, organização e planeamento e equilíbrio emocional.

Relativamente à aquisição de competências técnicas e científicas, à semelhança do ensino clínico anterior em contexto de UCI, encontrei um ambiente repleto de tecnologia e equipamentos sofisticados, que exigem sobretudo do enfermeiro aptidões, tanto para a sua operacionalização como para a adequação às necessidades de quem dela necessita (Ferreira & Santos, 2020). Como tal, verifica-se a necessidade de uma constante atualização dos seus conhecimentos e competências técnicas, sendo que ao tornar-se especialista o enfermeiro deve basear a sua prática especializada em evidência científica (OE, 2019).

Desta forma, necessitei de recorrer frequentemente à bibliografia mais atual, realizar pesquisas constantes, leitura e análise de documentos; compreender e treinar (inicialmente com a supervisão da enfermeira orientadora) o manuseamento dos mais diversos equipamentos, com o intuito de oferecer uma resposta eficaz às necessidades da pessoa doente, tendo-me tornado progressivamente mais autónoma na sua utilização.

Nesta UCI tive oportunidade de aprofundar conhecimentos anteriormente adquiridos sobre VMI, técnicas de substituição renal (que irei aprofundar mais à frente), monitorização minimamente invasiva como o *Vigileo*, o monitor de índice Bispectral e alguns dispositivos, como é o caso do catéter venoso central e de diálise, linha arterial e respetiva interpretação de valores e diversas drenagens. Para além disso tive a possibilidade de contactar com equipamentos cujo seu funcionamento desconhecia e que se relacionam com as

especificidades da unidade em questão, revelando-se um desafio diário, dos quais destaco: o PICCO¹⁵, o *Swan-Ganz*,¹⁶ a Plasmaferese, drenagens (sobretudo abdominais) e respetiva avaliação de pressão intra-abdominal. No que respeita a terapêutica utilizada neste serviço, destaco os sedativos e hipnóticos (ex.: Propofol, Midazolam e Dexmedetomidina), curarizantes (ex.: Rocurónio); fármacos vasopressores (ex.: Noradrenalina) e vasopressores de segunda linha (ex.: azul de metileno), analgésicos (ex.: Fentanilo) e outros bastantes específicos direcionados às pessoas doentes transplantadas, como imunossupressores (ex.: Tacrolimus) ou fármacos utilizados na profilaxia da infeção relacionada com a imunossupressão, nomeadamente *Pneumocystis*, *Candida* e *Herpesvírus* (ex.: fluconazol e aciclovir).

Uma vez que em UCI as pessoas doentes se encontram muitas vezes instáveis do ponto de vista hemodinâmico, é imperativo que a par da tecnologia, o enfermeiro alie conhecimentos científicos, capacidade de discernimento e de tomada de decisão (Nunes, 2020) a fim de identificar focos de instabilidade e atuar atempadamente, prevenindo complicações. Durante este ensino clínico, considero ter conseguido prevenir e identificar situações de instabilidade hemodinâmica e agir em conformidade; geri prioridades de atuação de acordo com a situação em causa e tentei sempre compreender o que poderia estar a despoletar determinado foco de instabilidade, como por exemplo: diminuição das saturações periféricas de oxigénio ou a suscitar hipo/hipertensão e sempre que possível intervir com intervenções autónomas. Tendo em conta a forte componente cirúrgica deste serviço, importa realçar a avaliação necessária efetuar relativamente às drenagens e aquilo que elas nos podem revelar quanto ao sucesso ou não do procedimento cirúrgico, nomeadamente a quantidade do conteúdo drenado e a coloração. Tive ainda oportunidade de identificar e colaborar com a equipa na abordagem a uma pessoa com necessidade de suporte avançado de vida (SAV), também aqui seguida de *debriefing*.

Importa salientar que, à semelhança do ensino clínico anterior (ao qual dediquei um objetivo relativo a este tema), todas as intervenções realizadas e de uma forma geral a postura assumida perante todo o ensino clínico foi no sentido de prevenir e controlar a infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2011).

¹⁵ PICCO: *Pulse Contour Cardiac Output* – catéter colocado na artéria radial ou femoral para monitorização hemodinâmica.

¹⁶ *Swan-Ganz*: catéter colocado no final da artéria pulmonar e que permite a monitorização hemodinâmica.

Considero que por parte da enfermeira orientadora existiu uma postura exemplar, no sentido em que promoveu o meu raciocínio e capacidade de reflexão face às situações vividas, fomentando a minha destreza e capacidade de atuação com consequente promoção de autonomia, uma vez que, durante ou no final de cada turno existia sempre um espaço dedicado à discussão dos acontecimentos de cada turno e à avaliação das intervenções. Sem dúvida que esta atitude conduziu ao meu crescimento pessoal e profissional.

A enfermeira orientadora encontrava-se envolvida em alguns projetos dentro da instituição, nomeadamente um projeto denominado “*NEWS*”¹⁷, que de forma sumária consiste na aplicação de uma escala (neste caso concreto às pessoas doentes internadas nos serviços de medicina e cirurgia), atribuindo uma pontuação para cada parâmetro fisiológico, tendo em conta o nível de instabilidade associado (frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e estado de consciência); sendo que o objetivo primordial consiste na identificação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa. A pontuação obtida traduz o grau e o risco e determina a frequência da monitorização, as decisões de intervenção ou a ativação de um alerta médico (Figueira & Pereira, 2020). De forma resumida o que se pretende é a uniformização da avaliação das pessoas doentes e definir uma intervenção tendo em conta o risco clínico, em último caso antecipar a transferência para a UCI.

O que pretendo afirmar, é que o envolvimento que acabei por criar com este projeto, tendo acompanhado de perto a sua conceção e a elaboração das apresentações aos serviços da unidade hospitalar, tendo assistido posteriormente a uma das formações de apresentação do projeto realizada pela enfermeira orientadora, que decorreu no dia 29 de novembro de 2021, foi uma enorme influência para mim enquanto futura enfermeira especialista, tendo esta possibilidade de colaboração contribuído para o desenvolvimento de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, em que o enfermeiro assume um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais (OE, 2019).

A mesma enfermeira é também a coordenadora da “Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar” (EEMI) e também neste contexto tive possibilidade de desenvolver algumas competências e novas aprendizagens, com a possibilidade de passar alguns turnos neste setor que se encontra alocado na UCI. Considero ter sido um excelente complemento a este ensino clínico, sendo que entre outros pontos positivos, existiu a possibilidade de estabelecer uma

¹⁷ Escala “*NEWS*”: *National Early Warning Score*.

continuidade de cuidados, pois, pelo menos uma das pessoas a quem prestei cuidados em UCI foi assistido pela equipa de EEMI na unidade hospitalar, quando se tinha dirigido à consulta externa para uma consulta de rotina; no entanto por uma situação de peri-paragem e deterioração do seu estado de saúde requereu de internamento em UCI.

Foi extremamente importante o contacto estabelecido com os equipamentos utilizados e com a dinâmica efetuada que, na realidade se assemelha aos cuidados prestados em contexto de pré-hospitalar e que efetivamente não tive oportunidade de experienciar e embora a equipa não tenha sido ativada tantas vezes quanto desejava nos dias em que lá estive, não deixou de ser uma ótima experiência. Para além disso, foi muito importante perceber na primeira pessoa a importância da existência de uma equipa de EEMI, através da qual se perspetiva uma intervenção precoce e adequada com o intuito de diminuir a mortalidade e a morbilidade das pessoas doentes hospitalizadas, que sofrem um processo de deterioração clínica agudo (DGS, 2010). Neste caso concreto a equipa não atua apenas para as pessoas que estejam hospitalizadas, mas para qualquer pessoa que se encontre dentro das instalações deste hospital, aumentando a confiança e a segurança dos seus utilizadores e familiares. Assisti ainda a uma formação em serviço que decorreu no dia 15 de dezembro de 2021, com o propósito de dar a conhecer o funcionamento da EEMI (sobretudo aos enfermeiros recém-chegados ao serviço) e esclarecer alguns conteúdos e conceitos para os elementos que a integram.

Tendo em conta o objetivo geral, foi definido o primeiro objetivo específico: “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica com necessidade de terapia de substituição renal.

Durante o primeiro estágio em contexto de UCI, desenvolvi especial interesse pela temática das terapias de substituição renal, um tema na minha opinião, bastante complexo e ao qual desejei dedicar mais tempo, uma vez que considero que o enfermeiro tem um papel preponderante em todas as fases da sua realização (preparação da pessoa doente e do equipamento, conexão do circuito à pessoa doente, monitorização e prevenção/deteção de complicações). Nesta unidade, grande parte dos doentes carece de realizar técnica de substituição renal quer intermitente, quer contínua e como tal muitas foram as oportunidades de aprendizagem.

Existem várias causas que podem conduzir ao desenvolvimento de Lesão Renal Aguda (LRA) em UCI nomeadamente: sépsis, cirurgia major, baixo débito cardíaco,

hipovolémia/hipoperfusão renal e fármacos. Para além destas, podem incluir-se a síndrome hépato-renal, trauma, síndrome compartimental abdominal, rabdomiólise e obstrução do fluxo urinário (Deepa & Muralidhar, 2012).

De forma resumida as técnicas de substituição renal, podem ser continuas (hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração ou ultrafiltração lenta continua (SCUF)) ou intermitentes (hemodialise (convencional ou SLEDD – Sustained low efficiency or extended daily dialysis), hemodiafiltração e ultrafiltração). O que as distingue entre si, é o tempo de duração da técnica, a velocidade da bomba de sangue, a presença e velocidade do fluxo dialisante e a presença de líquido de reinfusão. (Marcelino *et al*, 2006).

Durante a realização do estágio tive possibilidade de contactar com os dois tipos de técnicas, desde a colaboração na colocação do catéter de diálise, preparação da pessoa doente para a realização da técnica, montagem do circuito e parametrização (de notar que é bastante complexa sobretudo no início), monitorização da pessoa doente incluindo a prevenção de complicações como: problemas relacionados com o catéter de diálise, hipotensão, hipotermia, infeção, hemorragia e coagulação do filtro ou do circuito extra corporal. As duas últimas estão relacionadas com o facto de a técnica se realizar com ou sem anticoagulação no sistema, através de uma de três formas: com heparina não fracionada, com heparina de baixo peso molecular ou com citrato (Reis, 2014).

Tive a sorte de existir no serviço elementos da equipa de enfermagem que eram elos de ligação do serviço e formadores, quer no serviço, quer no centro hospitalar na área da terapia de substituição renal, que me disponibilizaram não só material de leitura, como se disponibilizaram para realizarmos alguma formação prática e isso foi bastante importante a par do estudo autónomo que me comprometi realizar. Para além disso, devido ao interesse que desenvolvi por esta área decidi aprofundar conhecimentos, tendo-me inscrito num curso de hemodiálise para enfermeiros que irá decorrer nos meses de maio e junho de 2022.

O segundo objetivo específico definido para este estágio foi o seguinte: “Desenvolver competências na prestação de cuidados confortadores à pessoa em situação crítica com sede”.

A sede pode ser definida como uma perceção que provoca o desejo de beber líquidos e é um sintoma prevalente, intenso, angustiante e muitas vezes subestimado na pessoa em situação crítica (VonStein *et al*, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, durante o cuidado prestado à pessoa em situação crítica, fui tomando consciência das inúmeras vezes que as mesmas referiam sede, nas mais variadas circunstâncias, e em quase todas elas esta sensação era tão intensa quanto desesperante. A título de exemplo, prestei cuidados a um jovem nesta UCI, que após a extubação orotraqueal, as suas primeiras palavras foram para referir uma sensação tão intensa de sede que afirmava não pedir mais nada, mas implorava que lhe dêssemos água. O mesmo relato vai de encontro à bibliografia; segundo Leemhuis (2019), a sede é um dos maiores fatores de stress/desconforto no doente crítico, estando mesmo documentado que, as pessoas doentes internadas em UCI consideram o facto de “estar com sede” como o terceiro maior motivo gerador de desconforto, logo a seguir ao facto de “estar amarrado por tubos” ou até mesmo “sentir dor”. A mesma foi classificada como um sintoma mais intenso do que por exemplo: a dispneia, a dor ou a tristeza.

Desta inquietude e da necessidade de confortar a pessoa em situação crítica com sede, surgiu a questão de investigação que deu origem à *Scoping Review* intitulada: “*Intervenções de Enfermagem Confortadoras no Alívio da Sede à Pessoa em Situação Crítica*”.

No que concerne o conforto, o mesmo é definido à luz da Teoria de Kolcaba (1991), como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

Para Pontífice-Sousa (2020, p.23), o conforto é o “*constructo major da taxonomia do cuidar*”. Representa mais do que o simples alívio do desconforto, sendo entendido como “*um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional e uma sensação decorrente de qualquer experiência vivida pela pessoa*” e caracteriza-se pela “*exigência perante a unicidade e singularidade de cada pessoa, num determinado contexto (...) constituindo um fator de cuidado e uma competência do enfermeiro*” (Pontífice-Sousa, 2020, p. 24 e 25).

Através da realização desta *scoping review* obtive resposta quanto às intervenções confortadoras no alívio da sede nos vários contextos, cujos resultados pretendo partilhar com os profissionais deste serviço (em formato e data a definir), que desde logo se mostraram bastante interessados, bem como proceder à publicação dos mesmos.

Considero ter desenvolvido a minha prática clínica com base na mais recente evidência científica e desenvolvi e mobilizei conhecimentos na área da pessoa em situação crítica.

Realizei um estudo contínuo e procurei aprofundar os conhecimentos já existentes, no sentido de desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Realço a participação no *IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Um valor em Saúde*¹⁸, que decorreu no dia 26 de novembro de 2021, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2021, teria tido lugar o “*XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva/IV Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva*”¹⁹, que acabou por ser alterado (devido ao exponencial aumento de casos de Covid-19 no país) para os dias 21,22 e 23 de abril de 2022 e no qual participei.

Aos poucos fui ganhando autonomia e adquirindo não só, mais segurança nos cuidados prestados como uma melhor gestão dos mesmos, priorizando as minhas intervenções e até desenvolvendo um método de trabalho muito mais organizado (OE, 2019), como em tom de brincadeira me dizia a enfermeira orientadora: “já nem preciso de te dizer nada!”

O estágio decorreu de forma fluida e satisfatória. Nesta unidade identifiquei-me com os cuidados prestados e com os valores desta equipa. No desenvolvimento do autoconhecimento, sei identificar quem sou enquanto pessoa e enfermeira e reconheci neste serviço e nos profissionais que a compõe uma conduta semelhante àquela quero desenvolver e isso foi extremamente gratificante.

¹⁸ Anexo IV: Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Um valor em Saúde.

¹⁹ Anexo V: Certificado de Participação no “XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva/IV Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva”

3. REFLEXÃO FINAL

O presente relatório, representa o culminar de um processo de aquisição de conhecimentos e experiências, quer a nível pessoal, quer profissional. Ao longo deste percurso procurei adquirir/desenvolver competências especializadas à PSC com espírito crítico e reflexivo, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos pela Universidade Católica Portuguesa, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC e as competências de mestre, de forma a obter o grau de mestre em enfermagem. Para tal, procurei mobilizar conhecimentos, recorri à evidência científica própria da disciplina e realizei investigação.

Assumindo ter atingido as competências comuns do enfermeiro especialista (OE. 2019) e as competências específicas previstas para o enfermeiro especialista em enfermagem em PSC (OE, 2011) irei sintetizar as experiências e os conhecimentos obtidos, à luz dessas mesmas competências.

Assumi uma responsabilidade profissional ética e legal nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, com respeito pelos seus direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, suportada pelo previsto no Código Deontológico. Vivenciei situações de violência doméstica por exemplo em contextos específicos de cuidados, com necessidade de recurso à equipa multidisciplinar e a decisões do foro jurídico, bem como a gestão de crenças espirituais e valores que permitissem à condução do melhor desfecho para a pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica. Promovi o direito à informação e a confidencialidade e segurança da pessoa doente e seus familiares.

Promovi a melhoria continua da qualidade, de forma direta e indireta, através da identificação das minhas próprias necessidades formativas em determinados contextos, que pudessem ir de encontro às necessidades formativas da equipa em questão, de forma a garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, dos quais destaco o portfólio de artigos relacionados com as IACS e a realização do Poster para o SU, desenvolvendo também práticas de qualidade neste sentido. De forma indireta colaborei com a enfermeira orientadora na formação dedicada à implementação do projeto “*NEWS*”. Garanti um ambiente terapêutico e seguro às pessoas em situação crítica e seus familiares a quem prestei cuidados.

Geri cuidados, nomeadamente em situações de urgência e emergência, em que a tomada de decisão do enfermeiro se revela fundamental e destaco também o facto de ter podido acompanhar a enfermeira orientadora no estágio de SU, que desempenhava também funções de chefe de equipa e com quem aprendi muito acerca da gestão multidisciplinar, na orientação e supervisão dos cuidados e na implementação de estratégias organizacionais quer de recursos materiais, quer humanos, num ambiente muitas vezes caótico em que a sua liderança e gestão se revelaram fundamentais para a garantia da qualidade dos cuidados e com quem aprendi imenso.

Atribui um grande investimento ao desenvolvimento de competências relativas às aprendizagens profissionais, nomeadamente através do autoconhecimento de âmbito pessoal e profissional através da reflexão crítica sobre os cuidados prestados e as experiências vividas, estando consciente de que este processo contribuiu largamente para me tornar melhor profissional e para prestar melhores cuidados. Baseei a minha práxis profissional em evidência científica, realizei formação, reuni com peritos e desenvolvi investigação, tendo realizado uma *scoping review*.

Cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, os quais se concretizaram através da prestação de cuidados a pessoas doentes e seus familiares em contexto de SU e de UCI, com necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva, VMI e técnica de substituição renal por exemplo, os quais já foram amplamente discutidos no capítulo anterior.

Dinamizei a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, através da participação num simulacro aquando da realização do estágio em contexto de SU.

Maximizei a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, pois como referi anteriormente desenvolvi um objetivo específico nesse sentido em contexto de UCI (no primeiro estágio), tendo realizado um plano de cuidados nesse sentido e um portefólio de artigos científicos.

Concluo ser uma pessoa e profissional diferente, mais convicta e mais segura, mais crítica, que sente necessidade de continuar a investigar para melhor cuidar, respondendo da melhor forma possível às necessidades de cada pessoa doente e investindo na melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Sinto que quanto mais nos propomos e disponibilizamos a melhorar, mais necessidade sentimos de o fazer, pelo que pretendo continuar a basear a

minha prática profissional em evidência científica aproximando a teoria da prática numa constante reflexão sobre os cuidados prestados.

Este percurso teve tanto de complexo, como desafiante e enriquecedor. O facto de se ter realizado no decorrer de uma pandemia, levou-nos a adaptar muitos dos nossos objetivos e a ver canceladas algumas das atividades que tínhamos previsto, no entanto acredito que nos tenha igualmente fortalecido e que nos tenha levado a compreender que existem diferentes formas de atingir os objetivos, basta que estejamos recetíveis à mudança. Assumo ainda que o mesmo me fortaleceu!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, D. (2014, Jul-Set). A humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto & Contexto. Enfermagem Florianópolis*, 23(3), 767-75.
- Almeida, M. (2021). *Revisão sistemática da contribuição das tecnologias para o processo de humanização, durante a Pandemia COVID-19*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*, 75, 57-60.
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2014). *Advanced trauma life support (ATLS)* (9ª ed.). Chicago: Chicago, IL: Editora.
- Arai S., Stotts N., Puntillo K. (2013, julho). Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 328-335.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., & Day, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication. American Association Of Critical-Care Nurses*, 17(5), 473-476.
- Biondi-Zoccai, G., Landoni, G., Zangrillo, A., Agostoni, P., Sangiorgi, G., & Modena, M. G. (2011). Use of the LUCAS mechanical chest compression device for percutaneous coronary intervention during cardiac arrest: is it really a game changer? *HSR Proceedings in Intensive Care & Cardiovascular Anesthesia*, 3(3), 203-5.
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrícia, H., Silva, A., Silva, V. (2019, Jan-Mar). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 129-138.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Conchon MF. (2014). *Eficácia do picolé de gelo no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado*. (Tese de Mestrado). Biblioteca Digital Universidade Estadual Londrina. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000197860> - [Consultado a 17 de novembro de 2021].

Conchon MF., Fonseca LF. (2014, maio). Eficácia de gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado. *Revista Enfermagem UFPE*, 8(5),1435-40.

Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros de UCI*. (Tese de Doutorado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Correio, R. et al. (2015). Desvelando Competências do enfermeiro de Terapia Intensiva. *Enferm. Foco*, 6(1/4), 46-50.

D'arco, C., Ferrari, C., Carvalho, L., Priel, M., Pereira, L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade da enfermagem. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 40(3), 382-389.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (segunda alteração dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Deepa, C., & Muralidhar, K. (2012, julho-setembro). Renal Replacement Therapy in ICU. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 28, 386-396.

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2010). *Circular Normativa n.º 07/DQS/DOCO de 31/03/2010*. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf> - [Consultado a 20 de fevereiro de 2022].

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2010). *Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010*. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx> - [Consultado a 26/03/2022].

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2001). Rede hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dufrene, C., Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: a literature review. *Nursing Education Today*, 34(3), 372-376.

Faria, J., Pontifice-Sousa, P. & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermeria Global*, nº 50, p. 490-502. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf - [Consultado a 27 de fevereiro de 2022].

Ferreira, A., Santos, T., (2020, julho). O uso das Tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva para Adultos pela Equipe de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Id On Line Rev. Mult. Psic.* 14(51), 250-261.

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1).

Figueira, A., Pereira, M. (2020). Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do *National Early Warning Score*. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*. (3), 32-42.

Fradique, M., Mendes, L. (2013, julho). Efeitos da liderança na melhoria dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53.

Freire, P. (2006). Conscientização: Teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire (3ªed.). São Paulo: Centauro.

- Freitas, C. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto. p.21.
- Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., Bulb, M. (2009, janeiro-fevereiro). Liderança em ambiente de cuidados críticos. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, 62(1), 136-139.
- Guttormson, J., Bremer, K. & Jones, R. (2015, junho). Not being able to talk was horrid: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 3(31), 179-186.
- Handberg, C. & Voss, A. (2018, janeiro). Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(25), 102-114.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (1991) – A Taxonomic Structure for the Concept Comfort - Image. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol.23. p. 237-240.
- Kolcaba K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: S. P. Company, Ed.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed, Editora SA.
- Leemhuis, A. (2019). Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice. *Critical Care Nurse*, 39(5), 21–28.
- Manchester Triage Group. *Emergency triage* (3rd. Ed). Chichester: Wiley Blackwell, 2014.
- Marcelino, P., Marum, S., Caramelo, N., Alves, C., Dias, C., & Alves, I. (2006). *Guia Prático para a Abordagem da Insuficiência Renal em Cuidados Intensivos*. Loures: Lusociência.
- Martins PR., Fonseca LF. (2017). Avaliação das dimensões da sede. *Rev. Eletr. Enf*, 19(9),1-13.

Mendes A.P. (2018). Impacto da notícia de doença crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, 71(1), 182-189.

Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e no imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Ana Nery*. (24)1.

Ministério da Saúde [MS]. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Lisboa. Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde [MS]. Despacho normativo nº 11/2002. *Diário da República* 2002; I série B, nº 55:1865-6.

Ministério da Saúde [MS] - Direção de Serviços de planeamento. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C. (2010). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ª Edição. Loures: Lusodidacta

Nunes, R. (2020). A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletronica Acervo Saúde*. 12(11), 1-6.

Ordem dos Enfermeiros (maio de 2016) – *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Edição Portuguesa; Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf - [Consultado a 6 de novembro de 2021].

Ordem Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf> - [Consultado a 20 de novembro de 2021].

Ordem dos Enfermeiros [OE]. Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. Regulamento n.º 124/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, 8656 - 8657. Lisboa.

Pacheco, M. (2018). *A Vulnerabilidade na Pessoa em Situação Crítica*. (Tese de Mestrado). Escola Superior e Enfermagem de Lisboa. Lisboa. p. 26.

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016, outubro-dezembro). Prática Reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem – Referência*. 4(11), 121-132.

Peters MDJ., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco AC., Khalil H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews> – [Consultado a 16 de dezembro de 2021].

Pinheiro, C. (2020). *A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e suporte de Ventilação Não Invasiva – Adesão ao Regime Terapêutico* (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Viana do Castelo. Viana do Castelo.

Pontífice-Sousa P. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. p.116.

Pontífice-Sousa, P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.

Puntillo K., Arai SR., Cooper BA., Stotts NA., Nelson JE. (2014, junho). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 40(9),1295-1302.

Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições.

Reis, M. (2014). *Terapias de Substituição da Função Renal Contínuas na Lesão Renal Aguda em Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. (Tese de Mestrado). Escola Superior e Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Ritchey, K. C., Foy, A., McArdie, E., Gruenewald, D. A. (2020, novembro). Reiventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *Am J Hosp Palliat Med*, 37(11), 992-7.

Serato VM., Fonseca LF., Birolim MM., Rossetto EG., Mai LD., Garcia AKA. (2019). Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm*, 72(3),600-8.

Serra, M., Nascimento, C., Ferrão, S., Félix, S., Mestrinho, G., Mègre, P., et al. (2016). *Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros*. Loures: Lusodidacta.

Tomey, A. M., & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ªed.). Loures: Lusociência.

Universidade Católica Portuguesa [UCP]. (2021). *Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem*.

VonStein, M., Buchko, B. L., Millen, C., Lampo, D., Bell, T., & Woods, A. B. (2019). Effect of a Scheduled Nurse Intervention on Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 41–46.

APÊNDICES

**APÊNCICE I. PLANO DE CUIDADOS RELATIVO À PREVENÇÃO
DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS).**

Plano de Cuidados

O presente plano de cuidados surge de um dos objetivos estabelecido no Projeto de Estágio: “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos tendo por base a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde”, e para o qual um dos indicadores de resultado foi a elaboração de um plano de cuidados referente a uma pessoa doente, com elevado risco de infeção associada aos cuidados de saúde em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Acentuam a pressão geradora de resistência dos microrganismos pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017).

O Plano de Cuidados a seguir apresentado é referente ao Sr. N. S. e corresponde aos diagnósticos e intervenções de enfermagem elaborados de forma individualizada e de acordo com as necessidades da pessoa doente no que respeita à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde durante o período da minha prestação de cuidados, que decorreu entre os dias 23 de Abril e 3 de Maio de 2021 e que culminou com a transferência do mesmo para a enfermaria, revelando uma evolução favorável do seu estado de saúde. De forma a permitir uma melhor compreensão dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, importa realizar um breve resumo do motivo pelo qual foi admitido na presente UCI

Trata-se de um Sr. de 44 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome depressiva, transplante renal em 1999, com falência após oito anos, insuficiência renal crónica sob hemodiálise três vezes por semana e que no dia 29/03 apresentou um episódio de dor intensa no hemitórax esquerdo, com irradiação ao membro superior esquerdo durante uma sessão de hemodiálise, acabando por ser internado no serviço de medicina II C do hospital X, com o diagnóstico de derrame pleural volumoso. No dia 5 de abril por aumento do derrame, foi submetido a toracocentese. No dia 8 de abril foi colocada drenagem torácica por novo aumento do derrame pleural, (a qual foi retirada no dia 14 de abril). A 9 de abril foi transferido para o serviço de pneumologia do mesmo hospital,

acabando por, no dia 22 de abril ter de ser intervencionado no bloco operatório pela cirurgia cardiotorácica, a toracotomia esquerda por presença de hemotórax iatrogénico, tendo sido colocadas também três drenagens torácicas. Foi transferido para a UCI neste mesmo dia, por necessidade de ventilação mecânica invasiva, monitorização, suporte aminérgico e terapêutica de substituição renal.

Importa salientar que embora sejam levantados diagnósticos de enfermagem distintos, existem duas intervenções que são comuns a todos eles e a qualquer procedimento de enfermagem no que respeita a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo elas: a lavagem das mãos com água e sabão de pH neutro, seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica e a utilização de equipamento de proteção individual, nomeadamente luvas e avental.

A higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (DGS, 2017).

Para além destes dois procedimentos, na UCIR, cada pessoa internada tem o seu próprio material de apoio à prestação de cuidados, existindo também um computador por unidade, permitindo individualizar e evitar ao máximo a partilha de materiais. As superfícies da unidade do doente, inclusive o colchão, são higienizadas uma vez por turno.

A linguagem utilizada nos diagnósticos, intervenções e resultados esperados, que compõem o Plano de Cuidados, será baseada na CIPE® – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Data: 23/04/2021 Risco de Infeção [Cateter Venoso Central] [Por apresentar Catéter Venoso Central (CVC) na jugular interna direita, a pessoa apresenta risco de infeção. Objetivo: evitar infeção pelo CVC]	Otimizar o CVC [através das seguintes intervenções: estabilizar o CVC, pois diminui o risco de flebite, a migração do catéter e a migração da flora da pele através do local de inserção; testar a permeabilidade de todos os lúmens com NaCl 0,9%, pelo menos 1 vez por turno e em SOS; descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores com	Data: 03/05/2021 Infeção Nenhum [Cateter Venoso Central] [Após a realização das intervenções de enfermagem a pessoa, não apresentou infeção pela presença de CVC].

<u>Nota:</u> Existem duas vias principais pelas quais as bactérias podem entrar no organismo através dos CVC's: o local de inserção do CVC, e os lúmens do mesmo.	solução de clorohexidina 2% em álcool antes da administração de terapêutica, conforme norma da DGS e norma do serviço; após a administração de terapêutica lavar o lúmen do catéter com NaCl 0,9%; evitar molhar o CVC e o penso/local de inserção durante os cuidados de higiene para evitar colonização]; • Vigiar penso do CVC [pelo menos uma vez por turno]; • Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter [é possível vigiar os sinais inflamatórios de forma contínua, uma vez que o penso utilizado na UCIR é transparente]; • Executar tratamento [no local de inserção do CVC aquando da realização do penso, com solução de clorohexidina 2% em álcool – a utilização desta solução consta da norma do serviço, bem como das recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS)]; • Executar penso do CVC com técnica assética [segundo a norma do serviço e as recomendações da DGS, o penso deve ser realizado sempre que se encontre visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48H após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente (como é o caso da UCIR, em que se preconiza a utilização de pensos transparentes)];	
---	--	--

	• Trocar sistemas [de Pressão Venosa Central e sistemas de medicação a perfundir em bomba ou seringa infusora, a cada 96 horas, segundo a norma do serviço, corroborada pela norma da DGS].	
Data: 23/04/2021 Risco de Infecção [Linha Arterial] [Por apresentar Linha Arterial na radial esquerda, a pessoa apresenta risco de infecção. Objetivo: evitar infecção pela Linha Arterial (L.A.).	• Otimizar L.A [através das seguintes intervenções: estabilizar a LA, inclusive promover o mais possível o alinhamento do membro a fim de se obter valores corretos de tensão arterial; “zerar” o sistema e verificar se a pressão da manga em que se encontra o balão de NaCl 0,9% se encontra nos 300mmHg, no início de cada turno para garantir valores fidedignos de tensão arterial; evitar molhar a LA e o penso/local de inserção durante os cuidados de higiene para evitar colonização]; • Vigiar penso da L.A. [pelo menos 1 vez por turno]; • Vigiar sinais inflamatórios [no local de inserção da L.A., o qual pode ser realizado de forma contínua, uma vez que são utilizados pensos transparentes]; • Executar tratamento [no local de inserção da L.A. aquando da realização do penso, com solução de clorohexidina 2% em álcool, constando a utilização desta solução da norma em vigor no serviço]; • Executar penso da L.A. com técnica assética [segundo a norma do serviço e as recomendações da DGS, o penso	Data: 03/05/2021 Infecção Nenhum [Linha Arterial] [Após a realização das intervenções de enfermagem, a pessoa não apresenta infecção pela presença de L.A.].

	deve ser realizado sempre que se encontre visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48H após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente (como é o caso da UCIR, em que se preconiza a utilização de pensos transparentes); • Trocar sistema de Linha Arterial [a cada 96 horas segundo a norma do serviço]; • Colher amostra de sangue arterial [realizando primeiro a desinfecção da torneira de colheita com solução de clorohexidina 2% em álcool, consoante a norma do serviço e após colheita lavar a torneira e sistema com o NaCl 0,9% que consta no sistema da LA]; • Remover Linha Arterial; • Aplicar penso [compressivo].	
Data: 23/04/2021 Risco de Infecção [Catéter de Diálise] [Por apresentar catéter de diálise na femoral direita, a pessoa apresenta risco de infecção. Objetivo: evitar infecção pelo catéter de diálise].	• Otimizar catéter de diálise [através das seguintes intervenções: estabilizar o cateter de diálise, inclusive promover o mais possível o correto posicionamento do membro, sobretudo por se localizar na femoral, impedindo que existam intercorrências durante a técnica dialítica; evitar molhar o cateter durante os cuidados de higiene para evitar colonização; proteger o catéter; heparinizar os lúmens do catéter aquando da suspensão da técnica dialítica];	Data: 03/05/2021 Infecção Nenhum [Catéter de Diálise] [Após a realização das intervenções de enfermagem, a pessoa não apresentou infecção pela presença de catéter de diálise.

	• Vigiar penso [do catéter de diálise [pelo menos 1 vez por turno]; • Vigiar sinais inflamatórios [no local de inserção do cateter de diálise, o qual poderá ser realizado de forma continua, uma vez que o penso do catéter é transparente]; • Executar tratamento [no local de inserção do catéter de diálise aquando da realização do penso, com solução de clorohexidina 2% em álcool, constando a utilização desta solução da norma em vigor no serviço]; • Executar penso do catéter de diálise com técnica assética [segundo a norma do serviço e as recomendações da DGS, o penso deve ser realizado sempre que se encontre visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48H após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente (como é o caso da UCIR, em que se preconiza a utilização de pensos transparentes).	
Data: 23/04/2021 Risco de Infecção [ferida cirúrgica] [Devido à toracotomia esquerda, a pessoa apresenta ferida cirúrgica encerrada com agrafos, apresentando risco de infecção da mesma. Objetivo: evitar a infecção da ferida cirúrgica].	• Vigiar penso de ferida [pelo menos uma vez por turno e sempre que possível de forma a identificar alterações]; • Remover penso de ferida [quando programada realização do penso e em SOS]; • Avaliar ferida [aquando da realização do penso e em SOS];	Data: 03/05/2021 Infecção Nenhum [ferida cirúrgica] [Após a realização das intervenções de enfermagem, a ferida cirúrgica, apresenta-se com boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios].

	• Limpar ferida cirúrgica [com técnica assética, utilizando soro fisiológico e compressas esterilizadas]; • Realizar penso de ferida [com técnica assética, quando programado ou em SOS];	
Data: 23/04/2021 Risco de Infecção [local de inserção dos drenos torácicos] [Na sequência da intervenção cirúrgica foram colocadas três drenagens torácicas. Objetivo: evitar infecção no local de inserção das drenagens torácicas].	• Otimizar drenagens torácicas através das seguintes intervenções: posicionar o sistema de drenagem num nível inferior ao do tórax e numa posição vertical; evitar angulações do dreno ou tubuladura; vigiar de forma sistemática (no mínimo a cada 8 horas e efetuar registo) o sistema de drenagem, nomeadamente: oscilação da coluna de líquido, borbulhar, volume de líquido drenado, características do líquido (cor, transparência, sedimento), tempo de colocação de drenagem]; substituir os frascos de drenagem sempre que se aproxime da capacidade máxima, ou em SOS; evitar a clampagem dos drenos, salvo quando se processa a substituição da tubagem do sistema, na administração de agentes fibrinolíticos ou pleurodese, na prevenção de edema pulmonar de reexpansão]; • Vigiar penso [das drenagens torácicas, pelo menos uma vez por turno]; • Executar tratamento ao local de inserção das drenagens torácicas [diariamente, da seguinte forma:	Data: 03/05/2021 Infecção Nenhum [local de inserção dos drenos torácicos] [Após a realização das intervenções de enfermagem, os locais e inserção das drenagens torácicas, não apresentam sinais inflamatórios].

	calçar luvas e remover o penso, examinar o local, calçar luvas esterilizadas, executar o tratamento do local de inserção das drenagens (limpeza com NaCl 0,9% e desinfecção com solução de clorohexidina 2% em álcool (conforme norma do serviço), verificar o ponto de fixação do dreno, colocar penso de proteção).	
--	---	--

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2015) – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Catéter Venoso Central; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx> (acedido a 31 de maio de 2021);

Direção Geral da Saúde (2017) – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf (acedido a 26 de maio de 2021).

Ordem dos Enfermeiros (maio de 2016) – *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Edição Portuguesa; Lusodidacta; ISBN: 978-989-8444-35-6.

Rodrigues, M. (2019). *Práticas dos Enfermeiros na Otimização do Cateter Venoso Central*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra

**APÊNDICE II. PLANO DE CUIDADOS RELATIVO ÀS
NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE SOB VMI**

PLANO DE CUIDADOS

O presente plano de cuidados surge de um dos objetivos estabelecido no Projeto de Estágio: “Desenvolver competências específicas na área da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) na pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos” e para o qual um dos indicadores de resultado foi a elaboração de um plano de cuidados referente a uma pessoa doente, com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva, a qual, tendo em conta a tipologia da unidade, acaba por ser uma necessidade transversal a quase todas as pessoas internadas neste contexto.

O Plano de Cuidados a seguir apresentado é referente ao Sr. R.S. e corresponde ao diagnóstico e intervenções de enfermagem realizadas de acordo com as necessidades da pessoa doente sob Ventilação Mecânica Invasiva durante o período da minha prestação de cuidados que decorreu entre os dias 19 e 28 maio de 2021 e que culminou com a extubação orotraqueal do doente, revelando uma melhoria significativa do seu estado de saúde. De forma a enquadrar o Plano de Cuidados, será realizado um breve resumo do motivo pelo qual foi admitido na presente UCI e o que motivou a Entubação Orotraqueal.

Trata-se de um Sr. de 48 anos de idade, com antecedentes pessoais de neurosarcoideose, a condicionar paraplegia; fator V Leiden com trombose venosa profunda recente, anticoagulado com varfarina; angiomiolipoma do rim e tumor da bexiga, submetido a cistoprostatectomia radical e quimioterapia neoadjuvante, colocação de ureterostomias cutâneas e cirurgia de Hartmann, por tumor vesical com invasão do reto. No dia 18/05 dirigiu-se ao hospital X para substituição programada de cateteres no bloco operatório de urologia. No pós-operatório apresentou hematúria, quadro de febre, taquicardia sinusal e hipotensão, refratária a expansão de volume e com necessidade de instituição de suporte aminérgico. Foi admitido na UCI no dia 19/05 com o diagnóstico de choque séptico refratário, com ponto de partida urinário, acabando por ser submetido a entubação orotraqueal e suporte ventilatório no dia 20/05.

A linguagem utilizada nos diagnósticos, intervenções e resultados esperados, que compõem o Plano de Cuidados, será baseada na CIPE® – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Data: 20/05/2021 Padrão Respiratório Comprometido [O Sr. R.S foi entubado com tubo orotraqueal nº 7,5, ao nível 22 de comissura labial e conectado à prótese ventilatória em modalidade PRVC (pressão controlada regulada por volume), com os seguintes parâmetros: volume corrente: 420ml; FR:18cpm; PEEP:8cmH2O; FiO2: 50%. Objetivo: melhorar o padrão respiratório].	• Otimizar [Via aérea] – através das seguintes intervenções: verificar número e nível do tubo orotraqueal e proceder ao ajuste se necessário, pelo menos uma vez por turno; verificar a pressão do <i>cuff</i> do tubo orotraqueal (por norma a pressão deve ser mantida entre 20-30cmH2O), uma vez por turno e sempre que necessário; manter a fixação do tubo orotraqueal (no caso da norma em vigor na UCIR é utilizada dupla fixação, com adesivo e nastro, os quais devem ser substituídos aquando dos cuidados de higiene e em SOS), manter o tubo orotraqueal bem como as traqueias corretamente posicionadas e livres, evitando desconexões acidentais; • Otimizar ventilação [através das seguintes intervenções: verificar e ajustar alarmes do ventilador no início de cada turno; confirmar e monitorizar os parâmetros ventilatórios instituídos versus realizados pelo doente (frequência respiratória, volumes correntes, volume minuto, pressão de Pico e de <i>Plateau</i> e saturações periféricas de O2) e agir em conformidade, de forma contínua ao longo do turno e intervir sempre que necessário; avaliar o padrão respiratório, nomeadamente: expansão torácica, simetria torácica, sincronia e	Data: 31/05/2021 Padrão Respiratório Melhorado [Por melhoria do quadro clínico o Sr. R.S. foi extubado com sucesso no dia 31/05].

	utilização dos músculos acessórios ao longo do turno; • Prevenir [Pneumonia Associada ao Ventilador] – através das intervenções que constam da norma do serviço e são corroboradas pela norma da DGS, nomeadamente: manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30°, evitando momentos de posição supina; interromper a alimentação entérica sempre que seja necessário colocar a pessoa em posição supina; realizar a higiene oral com <i>clorohexidina</i> a 0,2%, pelo menos 1 vez por turno e em SOS; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes; manter a pressão do <i>cuff</i> entre 20 e 30cmH₂O; discutir e avaliar a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; • Aspirar secreções [através do tubo orotraqueal e/ou orais, sempre que necessário; • Vigiar caraterísticas [das secreções aspiradas e registar em notas de enfermagem]; • Colher sangue [para gasimetria às 7H e em SOS]; • Colaborar [no desmame ventilatório, segundo a norma em vigor na UCIR, através das seguintes intervenções:	
--	---	--

	(ainda com suporte ventilatório parcial),__proceder à preparação física – posicionar a pessoa em <i>fowler</i> ou <i>semi-fowler</i>, conforme tolerância; efetuar higiene da orofaringe; aspirar secreções. Vigiar indicadores de tolerância – estado de consciência (agitação/prostração, pânico); parâmetros vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, oximetria de pulso); coloração das extremidades; padrão ventilatório; utilização de músculos acessórios; aparecimento de tiragem, adejo nasal; aparecimento de diaforese; aumento e/ou aparecimento de secreções brônquicas espumosas; aumento e ou aparecimento de sinais de obstrução brônquica; gasimetria arterial (PaO2 <60mmHg, aumento da PaCo2 com diminuição do pH<7,35); parâmetros ventilatórios (curvas de fluxo, volume corrente e pressão das vias aéreas) • Colaborar [na ventilação espontânea com tubo em “T”, segundo a norma em vigor na UCIR, através das seguintes intervenções: preparação física – posicionar em <i>fowler</i> ou <i>semi-fowler</i>; efetuar higiene da orofaringe; aspirar secreções; colocar tubo em “T”; desinsuflar o cuff do tubo em “T”; implementar a reeducação funcional respiratória; proceder aos indicadores de	
--	---	--

	vigilância (semelhantes aos do desmame ventilatório); explicar à pessoa a técnica de extubação, motivando e pedindo a colaboração e informar que não deve falar nas próximas horas com a finalidade de evitar irritação das cordas vocais; colocar a sonda gástrica em drenagem passiva; efetuar limpeza da orofaringe e da árvore brônquica a fim de manter a permeabilidade das vias aéreas; administrar terapêutica segundo protocolo do serviço e/ou indicação médica 30 minutos antes da extubação (dinitrato de isossorbido 5mg sublingual em doente com Insuficiência cardíaca e hidrocortisona 100mg IV); • Colaborar [na extubação endotraqueal: após 30 minutos de tubo em “T” com tolerância, desinsuflar o <i>cuff</i> e retirar o tubo durante a aspiração; após a extubação: administrar oxigenoterapia para manter oximetrias periféricas adequadas à situação clínica da pessoa; promover a hidratação da pessoa; ensinar a pessoa a realizar respirações lentas e profundas e a técnica para uma tosse eficaz; durante 24 a 48h manter uma vigilância apertada de todos os parâmetros referidos durante o método de ventilação espontânea especialmente: observação do padrão respiratório, observação de sinais de	
--	---	--

	insuficiência cardíaca esquerda (fervores das bases, ingurgitamento jugular, edemas periféricos); observação do aparecimento de estridor (possível edema da glote); avaliação de gasimetrias arteriais.	
--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde (2015) – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx> (acedido a 2 de junho de 2021)

Ordem dos Enfermeiros (maio de 2016) – *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Edição Portuguesa; Lusodidacta; ISBN: 978-989-8444-35-6.

**APÊNDICE III. PLANO DE CUIDADOS RELATIVO À PESSOA
DOENTE SOB TÉCNICA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL**

PLANO DE CUIDADOS

O presente plano de cuidados surge de um dos objetivos estabelecido no Projeto de Estágio: “Aprofundar conhecimentos relativos às técnicas dialíticas utilizadas na pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

A diálise é definida pela difusão de moléculas de uma solução para outra, através de uma membrana semipermeável, de acordo com um gradiente de concentração. Consiste na alteração da composição de solutos de uma solução A (sangue) quando exposta a uma solução B (dialisante). Desta forma, a hemodiálise consiste no transporte difusivo (movimento de solutos de uma área de elevada concentração para outra onde a sua concentração é menor) de solutos do sangue para o dialisante (como a ureia) e do dialisante para o sangue (como o bicarbonato), através de uma membrana semipermeável, o chamado filtro de diálise (Ponce, 2015).

O balanço de solutos obtido pela hemodiálise, através da difusão, pode ser feito por outro tipo de técnica que não difusiva, mas convectiva (movimento de solutos através do movimento de água ou ultrafiltração, motivado por um gradiente de pressão), a hemofiltração, ou até por ambas as técnicas, a hemodiafiltração. Focando a nossa atenção para a hemodiafiltração nomeadamente a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC), por ser uma das mais utilizadas em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, a mesma consiste na utilização das duas técnicas de depuração renal. Esta é sobretudo indicada em pessoas doentes muito instáveis, uma vez que, é geralmente bem tolerada, pois há uma menor remoção de fluidos por hora, (remoção de fluído mais lenta) há um melhor controlo do balanço hídrico, evitando-se *shifts* (abruptos) de líquidos e reduzindo o risco de edema cerebral. A anticoagulação do sistema extracorporeal pelo ramo arterial é necessária para evitar a coagulação do sangue e utiliza-se habitualmente a heparina ou heparina de baixo peso molecular (HBPM), ajustadas de acordo com o valor do tempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) (Ponce, 2015). Como desvantagem da técnica, salientam-se o risco de degradação hemodinâmica, hemorragia e hipotermia.

O Plano de Cuidados a seguir apresentado, é referente ao Sr. J.P. e corresponde aos diagnósticos e intervenções de enfermagem elaborados de forma individualizada e de acordo

com as necessidades da pessoa doente no que respeita a realização de técnica de substituição renal em contexto de UCI e remete-se ao período da minha prestação de cuidados, que decorreu entre os dias 20 e 26 de Junho de 2021. Durante este período e mesmo após o término, a pessoa manteve a função renal comprometida, sem melhoria do seu quadro geral, no entanto não existiram intercorrências diretamente relacionadas com a realização desta técnica de substituição da função renal.

De forma a permitir uma melhor compreensão do diagnóstico e intervenções de enfermagem, importa realizar um breve resumo do motivo pelo qual foi admitido na presente UCI.

Trata-se de um Sr. de 71 anos de idade, com antecedentes pessoais de doença renal terminal sob hemodiálise três dias por semana, com última sessão realizada no dia da admissão; hipertensão arterial; hipotireoidismo; dislipidemia; hiperplasia benigna da próstata e hiperuricémia. Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital X, por dispneia de agravamento progressivo, ortopneia e tosse produtiva. Por apresentar insuficiência respiratória grave no contexto de pneumonia com necessidade de suporte ventilatório não-invasivo foi transferido para a UCI. Nesta, verificou-se uma a degradação progressiva do quadro clínico, nomeadamente da oxigenação, com rácio pO_2/FiO_2 em decrescendo, tendo sido submetido a entubação orotraqueal 48 horas após a admissão na unidade. Logo à admissão, iniciou também técnica de substituição da função renal (hemodiafiltração venovenosa contínua (por catéter de hemodiálise tronco venoso braquiocéfálico direito), com fluxo de sangue (Q_b) 180; fluxo de dialisante (Q_d) 1000; Pré Bomba de Sangue (PBS) 1000 e reposição de 200 com PrismaSol4; Heparina Não Fracionada (HNF) fez 1000U de carga e ficou com 500U/H

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Data: 20/06/2021 Função Renal Comprometida Por se tratar de uma pessoa com doença renal terminal, sob hemodiálise 3 dias por semana e em anúria, verificou-se necessária a implementação de Técnica de Substituição Renal neste caso: hemodiafiltração veno-venosa contínua.	❖ Colaborar [com a equipa médica na colocação do Catéter de Diálise, através da preparação da pessoa, promovendo um correto posicionamento e através da preparação do material]; ❖ Proceder à montagem do circuito para dar início à técnica de substituição renal: ligar o monitor; escolher a opção “Novo Paciente” e	Data: 26/06/2021 Função Renal Comprometida No dia 26/06/2021, o Sr. J.P. mantinha-se sob hemodiafiltração venovenosa contínua, sem melhoria do seu estado geral e sem possibilidade de interromper a técnica, no entanto, importante

	colocar os dados do mesmo; selecionar a técnica pretendida, neste caso – Hemodiafiltração Venovenosa (HDFVVC); escolher o método de anticoagulação (optar pela sistêmica e caso não seja utilizada heparina colocar uma seringa de 50ml com NaCl 0,9% em substituição; seguir as indicações do monitor para efetuar a montagem do <i>set</i>; terminar a montagem do set, tendo em conta que: o <i>priming</i> é NaCl 0,9% 1000ml com 5000 U de heparina e que na linha de Pré Bomba de Sangue (PBS), de dialisante e de reposição deverá ser colocada solução dialisante; de seguida escolher a opção “<i>priming</i> + teste”; conectar o sistema à pessoa e por fim realizar a programação de acordo com a prescrição médica, nomeadamente: sangue, pré bomba de sangue, solução de diálise, reposição e remoção; ❖ Durante o tratamento deverão ser assegurados os seguintes cuidados: ○ [Estabilizar o cateter de diálise, inclusive promover o mais possível o correto posicionamento da pessoa, impedindo que existam intercorrências durante a técnica dialítica, nomeadamente clampagens	referir, que aplicando as intervenções de enfermagem mencionadas, não se verificou qualquer intercorrência relacionada com a técnica de substituição renal.
--	---	--

	acidentais; evitar molhar o cateter durante os cuidados de higiene para evitar colonização; proteger o catéter; ○ Vigiar penso [do catéter de diálise [pelo menos 1 vez por turno]; ○ Vigiar sinais inflamatórios [no local de inserção do cateter de diálise, o qual poderá ser realizado de forma continua, uma vez que o penso do catéter é transparente]; ○ Executar tratamento [no local de inserção do catéter de diálise aquando da realização do penso, com solução de clorhexidina 2% em álcool, constando a utilização desta solução da norma em vigor no serviço]; ○ Executar penso do catéter de diálise com técnica assética [segundo a norma do serviço e as recomendações da DGS, o penso deve ser realizado sempre que se encontre visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48H após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente (como é o caso da UCIR, em que se preconiza a utilização de pensos transparentes);	
--	--	--

	○ Monitorizar os parâmetros vitais, nomeadamente Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, SpO2 e Temperatura (em contexto de Cuidados Intensivos esta monitorização é realizada de forma contínua – deve-se proceder à utilização de aquecedor de líquidos/sangue e aquecimento artificial da pessoa sempre que seja necessário; ○ Realização de Balanço Hídrico horário; ○ Vigiar sinais de hemorragia; ○ Colher sangue para análises, de rotina e em SOS, para vigilância de valores como é o caso do K⁺, PaO2 e do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (aPTT); ○ Substituir as soluções e proceder à troca do saco de efluente sempre que necessário (aquando do alarme indicado para tal); ○ Proceder à rápida resolução de alarmes, sempre que estes ocorram; ○ Substituir o filtro sempre que necessário; ○ Realizar registos de enfermagem, pelo menos 1 vez por turno e sempre que se verifique necessário.	
--	--	--

Data: 20/06/2021 Risco de Infecção [Catéter de Diálise] [Por apresentar catéter de diálise no tronco venoso braquiocefálico direito, a pessoa apresenta risco de infecção. Objetivo: evitar infecção pelo catéter de diálise].	❖ No que respeita a prevenção de infecção do Catéter de Diálise as intervenções de enfermagem, são as mencionadas no diagnóstico anterior, nomeadamente as relacionadas com: precauções durante a prestação de cuidados, nomeadamente durante os cuidados de higiene; vigilância do penso; vigilância dos sinais inflamatórios; e execução do penso de catéter.	Data: 26/06/2021 Sem Infecção [Catéter de Diálise] À data de termino da minha prestação de cuidados a pessoa mantém o Catéter de Diálise, sem presença de sinais inflamatórios.
Data: 20/06/2021 Risco de Dor [Devido à sua condição atual, à presença de dispositivos e intervenções realizadas, a pessoa apresenta risco de dor, embora se encontre sedoanalgesiado].	❖ Avaliar dor [pelo menos 1 vez por turno e em SOS, através da escala “BPS” para doentes entubados orotraquealmente e registar no sistema informático]; ❖ Monitorizar a dor pelo menos 1 vez por turno e em SOS. ❖ Gerir regime medicamentoso sempre que se verifique necessário.	Data: 26/06/2021 Sem Dor [De acordo com a escala BPS, o doente apresentou em todas as avaliações “intensidade 3”, que significa de acordo com esta escala, “nenhuma dor”].
Data: 20/06/2021 Risco de Hipotermia [Devido à realização de Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC), a pessoa apresenta risco de hipotermia]	❖ Monitorizar a temperatura corporal [de forma contínua e sempre que necessário comparar com a temperatura timpânica]; ❖ [Recorrer ao aquecimento de sangue/líquidos se necessário. Neste caso a pessoa apresenta aquecimento de sangue através da <i>Prisma</i> a 41°C]; ❖ [Recorrer ao aquecimento artificial da pessoa, através da utilização de termoventilador, em SOS]	Data: 26/06/2021 Temperatura Corporal dentro dos Limites Normais [Durante a minha prestação de cuidados a pessoa não apresentou hipotermia, apresentando valores de temperatura corporal entre os 36°C - 36,5°C].
Data: 20/06/2021 Risco de Hipotensão	❖ Monitorizar a tensão arterial [na UCI a mesma é realizada de forma contínua];	Data: 26/06/2021 Sem Hipotensão

[Devido à realização de Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua (HDFVVC), a pessoa apresenta risco de hipotensão].	❖ Gerir regime medicamentoso [nomeadamente através do recurso a medicação vasopressora]; ❖ Gerir a remoção de fluidos da técnica de substituição renal, neste caso o doente está com remoção de 50 ml/kg/h.	A pessoa manteve-se normotensa, mas suportada com perfusão de Noradrenalina (10mg/50cc a 3cc/h), com necessidade de ajuste pontual.
Data: 20/06/2021 Risco de Hemorragia [No caso do Sr. J.P. encontra-se a realizar HDFVVC com anticoagulação com heparina não fracionada (HNF), pelo que apresenta risco de hemorragia].	❖ Vigiar sinais de hemorragia ao longo de cada turno. ❖ Colher sangue para controlo analítico, nomeadamente de aPTT, por rotina e em SOS.	Data: 26/06/2021 Sem Hemorragia [Durante o período da minha prestação de cuidados não se verificaram sinais de hemorragia].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde (2017) – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf (acedido a 27 Junho de 2021).

Ponce, P. (2015). “*Manual de Medicina Intensiva*”. LIDEL. Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-070-9.

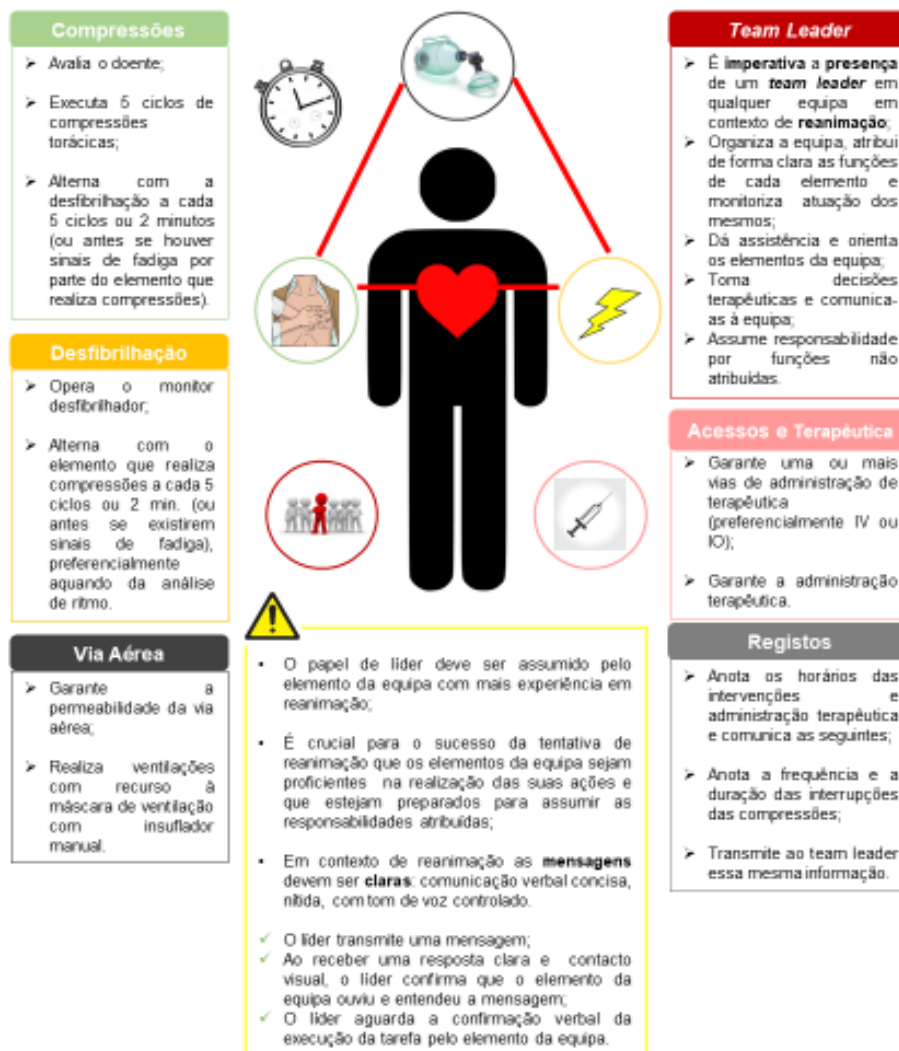
Ordem dos Enfermeiros (maio de 2016) – *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Edição Portuguesa; Lusodidacta; ISBN: 978-989-8444-35-6.

**APÊNDICE IV. PÓSTER – “DINÂMICA DA EQUIPA DE
ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA EM CONTEXTO DE
REANIMAÇÃO”**

Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência em Contexto de Reanimação

Antunes, T. Mestrado EMC, UCP (1); Mascarenhas, J. Enfermeira Especialista HBA (2); Deodato, S. Professor Auxiliar UCP; PhD (3)

O trabalho em equipa é a base da maioria das situações de urgência emergência e esta máxima aplica-se ao Suporte Avançado de Vida (SAV). A atribuição de forma clara de tarefas e funções, define e responsabiliza os elementos envolvidos na reanimação. A *American Heart Association* (AHA, 2016) recomenda a atribuição de seis funções: **Chefe de Equipa (líder), Desfibrilhação, Via Aérea, Compressões, Acessos e Terapêutica, Registos.**

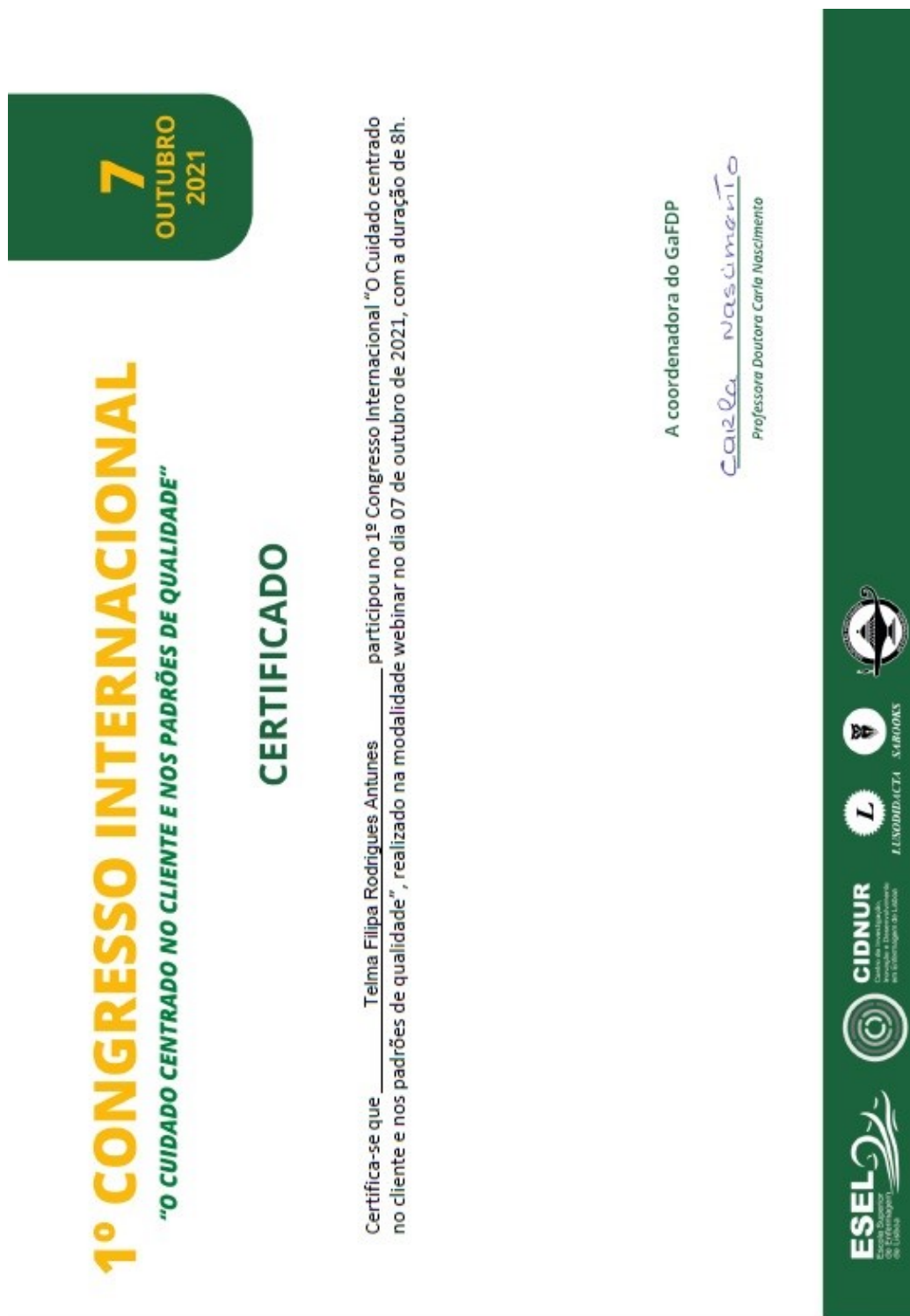


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Coimbra, N. et al (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, LDA. ISBN:978-989-752-574-2.
- Neto, P. et al. *Manual de Suporte Avançado de Vida (Versão 2.0 – 1ª Ed.)*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020.
- Domino MW, et al. *Advanced Cardiovascular Life Support Course Manual* (1ª Ed.). Dallas: American Heart Association, 2016.

ANEXOS

**ANEXO I. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 1º CONGRESSO
INTERNACIONAL – “O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE E
NOS PADRÕES DE QUALIDADE”**



**ANEXO II. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CICLO DE 4
WEBINARS DE ENFERMAGEM – CUIDAR EM TEMPOS DE
PANDEMIA”**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Teelma Filipa Rodrigues Antunes

assistiu ao(s) seguinte(s) webinar(s), organizados pela editora Lidel,
inseridos no **Ciclo de 4 Webinars Enfermagem "Cuidar em Tempos de Pandemia"**:

Webinar 1 | Urgência e Emergência, dia 7 de outubro de 2021, com a duração de 1h45.

Webinar 2 | Reabilitação, dia 14 de outubro de 2021, com a duração de 1h50.

Webinar 3 | Segurança do Doente, dia 21 de outubro de 2021, com a duração de 1h45.

Webinar 4 | Cuidados de Saúde Primários, dia 28 de outubro de 2021, com a duração de 1h45.



Rita Annes

Diretora Comercial & Marketing



www.lidel.pt

**ANEXO III. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “V
CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA”**

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021

Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Telma Filipa Rodrigues Antunes**, com o documento de identificação n.º **13763697**, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de **16 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica


LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora


ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



ESS+ R|S
Escola Superior de Saúde Norte
CAMPUS VIMIEIRA, PORTUGAL

CINTESIS

ESN
EUROPEAN SPECIALIST
NURSES ORGANISATION

HDFF
Hospital District da
Figueira da Foz, E.P.E.

figueira
da foz para todos

**ANEXO IV. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “IV
SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM - ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR
EM SAÚDE”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

**IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE**



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **TELMA FILIPA RODRIGUES ANTUNES**, estudante n.º 192020023, participou no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus da Palma de Cima*, 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


 Amélia Simões Figueiredo, PhD, Med, RN
 Professora Auxiliar

telma-antunes90@hotmail.com

**ANEXO V. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “XXIV
CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA/IV
CONGRESSO INTERNACIONAL IBÉRICO DE ENFERMAGEM
INTENSIVA”**

