



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em

**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, COM A ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
CUIDADOS CONFORTADORES AO DOENTE CRÍTICO

Por

Inês de Jesus Costa Veríssimo

(Lisboa - 2022)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, COM A ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
CUIDADOS CONFORTADORES AO DOENTE CRÍTICO

Por

Inês de Jesus Costa Veríssimo

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

(Lisboa - 2022)

Aos meus pilares, os meus pais, com todo o meu amor. Devo-vos tudo.

À minha maravilhosa família que esteve sempre presente rodeando-me de amor, compreensão e motivação e aturou-me quando eu própria já não tinha paciência para me aturar.

À Professora Patrícia, que me apoiou incondicionalmente no decorrer de todo este percurso.

À minha orientadora de estágio, Cristina, por todas as aprendizagens e experiências partilhadas, por todo o carinho e paciência.

À Telma que foi um grande ombro amigo e companheira nas longas horas que passámos por detrás do computador.

Aos amigos, que mesmo eu estando longe, foram sempre o meu animo e encorajo.

A todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este percurso se realizasse, o meu sincero e profundo obrigada!

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Constitui um instrumento de avaliação que pretende refletir o percurso de aprendizagem na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital Central de Lisboa, para a obtenção do grau de mestre. Sustentada em pesquisa bibliográfica e revisão de literatura, assim como na mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal, académico e profissional, foi possível desenvolver competências na abordagem à pessoa em situação crítica, concretamente nos cuidados à vítima de traumatismo vertebro-medular, nos cuidados ao doente sob ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), no transporte, abordagem e segurança do doente crítico e por fim no papel do chefe de equipa. Realizou-se uma scoping review acerca dos cuidados confortadores à pessoa com sede que permitiu o aprofundamento nesta área. Através de uma metodologia descritiva e reflexiva fez-se a descrição e reflexão sobre o processo de aprendizagem e aquisição de competências, a contextualização da prática clínica, o processo de aquisição de competências na área de especialização e uma análise global do percurso de aprendizagem e principais implicações para a prática profissional e crescimento pessoal e académico enquanto futura enfermeira especialista.

Este percurso de aprendizagem teve implicações na prática profissional como a capacidade de reflexão e visão crítica, na gestão de cuidados e do serviço tendo sempre em conta uma abordagem holística confortadora do doente fundamentados em evidência atual e de qualidade, contribuindo também para a investigação e desenvolvimento da profissão. Com adversidades e dificuldades que surgiram ao longo da trajetória e dos constrangimentos vivenciados em tempos de pandemia, foi um caminho que exigiu muita dedicação e empenho, que fortaleceu a determinação na minha prática diária de manter a promoção da qualidade, segurança e conforto constantes dos cuidados baseados na evidência no âmbito das competências de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica, Cuidados Confortadores, Enfermagem Especializada

Abstract

This internship report comes within the scope of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing for the person in a critical situation at the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Portugal. It is an assessment instrument that aims to reflect the learning path in the Polyvalent Intensive Care Unit (UCIP) of a central hospital in Lisbon, in order to obtain a master's degree. Based on bibliographic research and literature review, as well as on the mobilization of knowledge acquired throughout my personal, academic and professional path, it was possible to develop skills in approaching the person in a critical situation, specifically in the care of the victim of spinal cord injury, in the care of the patient under ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), in the transport, approach and safety of the critically ill patient and finally in the role of the team leader. A scoping review was carried out on comforting care for the thirsty person, which allowed for a deeper understanding of this area. Through a descriptive and reflective methodology, there will be a description and reflection on the process of learning and acquisition of competences, the contextualization of clinical practice, the process of acquiring competences in the area of specialization and a global analysis of the learning path and main implications for professional practice and personal and academic growth as a future specialist nurse.

This learning path had implications for professional practice, such as the ability to reflect and improve my critical view, in the management of care and service, always taking into account a comforting holistic approach to the patient, based on current and quality evidence, also contributing to research and development. of the profession. With adversities and difficulties that arose along the trajectory and the constraints experienced in times of a pandemic, it was a path that required a lot of dedication and commitment, which strengthened the determination in my daily practice to maintain the promotion of quality, safety and constant comfort of care. evidence-based within the scope of master's nursing competencies.

Keywords: Person in Critical Situation, Comforting Care, Specialized Nursing

Lista de Acrónimos, Siglas e Abreviaturas

CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica

ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation

GCS – Glasgow Coma Scale

HSM – Hospital Santa Maria

LM - Lesão Medular

LVM - Lesão Vertebro-Medular

JBI – Instituto Joanna Briggs

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARSCov-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CONFORTADORAS NO ALÍVIO DA SEDE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW	23
2. O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	55
3. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	70
APÊNDICE I – SCOPING REVIEW PROPOSTA PARA PUBLICAÇÃO.....	72
ANEXOS	88
ANEXO I – ESCALA ASIA DE AVALIAÇÃO DO TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL.....	90
ANEXO II – CERTIFICADO CURSO ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO	91
ANEXO III – CERFICADO PARTICIPAÇÃO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA: E SE NÃO HOUVESSEM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA?	92
ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: CURSO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE SUBMETIDO A EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO)	93

ÍNDICE QUADROS

QUADRO 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS SEGUNDO O INSTRUMENTO ADAPTADO DO MANUAL METODOLÓGICO JBI	28
QUADRO 2: SÍNTESE ESTRUTURADA DAS INTERVENÇÕES CONFORTADORES NOS DIFERENTES CONTEXTOS DA EXPERIÊNCIA CONFORTADORA.....	33

ÍNDICE TABELAS

FIGURA 1: FLUXOGRAMA PRISMA ADAPTADO PARA O PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS.....	27
---	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio decorreu no período de 15 semanas, perpez um total de 360h de contacto, de 6 de setembro a 18 dezembro de 2021 e teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

Realizar um estágio na UCIP foi uma experiência muito aguardada. Lidar novamente com uma grande variedade de situações de doença inerentes à pessoa internada em cuidados intensivos polivalente e sair da minha zona de conforto que é a unidade de cuidados intensivo que trabalho, em que desde há dois anos só tem lidado com doentes com COVID-19, ou seja, com diagnósticos médicos de entrada do foro respiratório, constituiu um desafio para o meu desenvolvimento profissional e crescimento pessoal. Surgiu deste modo como uma oportunidade de desenvolvimento através da prática clínica na área da especialização médico-cirúrgico, a pessoa em situação crítica, numa perspetiva académica e profissional avançada.

A pessoa em situação crítica é a pessoa que apresenta risco ou mesmo 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 usualmente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos realizados, inseridos num ambiente complexo, cuja dinâmica de ações são associados ao eminente risco de vida (*Ordem Enfermeiros, 2011*).

A abordagem de enfermagem a este doente exige um nível de conhecimentos e competências específicas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica possui. Segundo descrito no REPE, o enfermeiro especialista é o *enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, 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 área da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define o enfermeiro especialista como *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº140/2019).*

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica tem de ter as seguintes competências: *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº140/2019).*

Para a realização deste relatório, a metodologia utilizada foi a descritiva, reflexiva, expositiva e baseada em revisão de literatura. Pretendo com a realização deste, expor o meu percurso ao longo do estágio e descrever as experiências vividas e competências adquiridas.

A realização deste relatório de estágio teve como objetivo gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial especializada e da minha experiência profissional e pessoal, comunicar os resultados da aprendizagem clínica e da investigação aplicada, utilizando sempre um discurso cientificamente fundamentado, avaliar os diferentes métodos de análise de situações complexas numa perspetiva académica avançada e refletir criticamente abordando questões complexas da prática profissional relacionadas com o contexto de estágio em que estagiei.

Este relatório está organizado em 3 capítulos, por forma a facilitar a consulta do mesmo. O primeiro capítulo constitui uma scoping review *Intervenções de enfermagem no alívio da sede à pessoa em situação crítica,*

para posterior publicação na revista Acta Paulista (Apêndice II). No segundo capítulo é realizada uma breve descrição do contexto de estágio seguida de uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas tendo por base os objetivos definidos no projeto de estágio. O terceiro e último capítulo, a conclusão, procura-se evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas.

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

Introdução

A pessoa em situação crítica é a pessoa que apresenta risco ou mesmo 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 usualmente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos realizados, inseridos num ambiente complexo, cuja dinâmica de ações são associados ao eminente risco de vida (*Ordem Enfermeiros, 2011*).

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

Numa revisão integrativa realizada por Martins e Fonseca (2017) acerca da avaliação das dimensões da sede, os mesmos referem que este 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. Na prática clínica, não se avalia a sede de forma intencional e sistematizada; os registos de sua avaliação são escassos, quando não inexistentes e contemplam sobretudo a intensidade. A avaliação da sede deve abranger a sua multifatoriedade, dentro das dimensões referentes a: prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto.

O principal agente de controlo da ingestão de líquidos é a sede. A estimulação da sede é criada por osmorreceptores localizados no hipotálamo que respondem a alterações na osmolaridade extracelular. O centro da sede é estimulado por líquido orgânico hipertónico, 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 F., 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 hipovolémia, está sujeita à forte osmorregulação do sistema renina-angiotensina e aldosterona, juntamente com os antagonistas adrenérgicos (Arai S., et al, 2013).

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 (Kolcaba K., 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 (Kolcaba K., 1991).

Kolcaba defende que, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa mesma intervenção. O cuidado de conforto compreende a ação que conforta (com vista ao aumento do conforto), constituindo-se assim como o processo e o respetivo resultado. 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 (Kolcaba K., 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 P., 2012*).

Deste modo torna-se pertinente a realização da nossa scoping review com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica.

Métodos

Este artigo trata-se de uma scoping review conduzida conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI). 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.

A questão da scoping review orienta o desenvolvimento da mesma, uma vez que facilita a definição dos critérios de inclusão específicos e a eficácia da pesquisa bibliográfica. Para a sua criação foi também 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 nossa 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 o mês 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

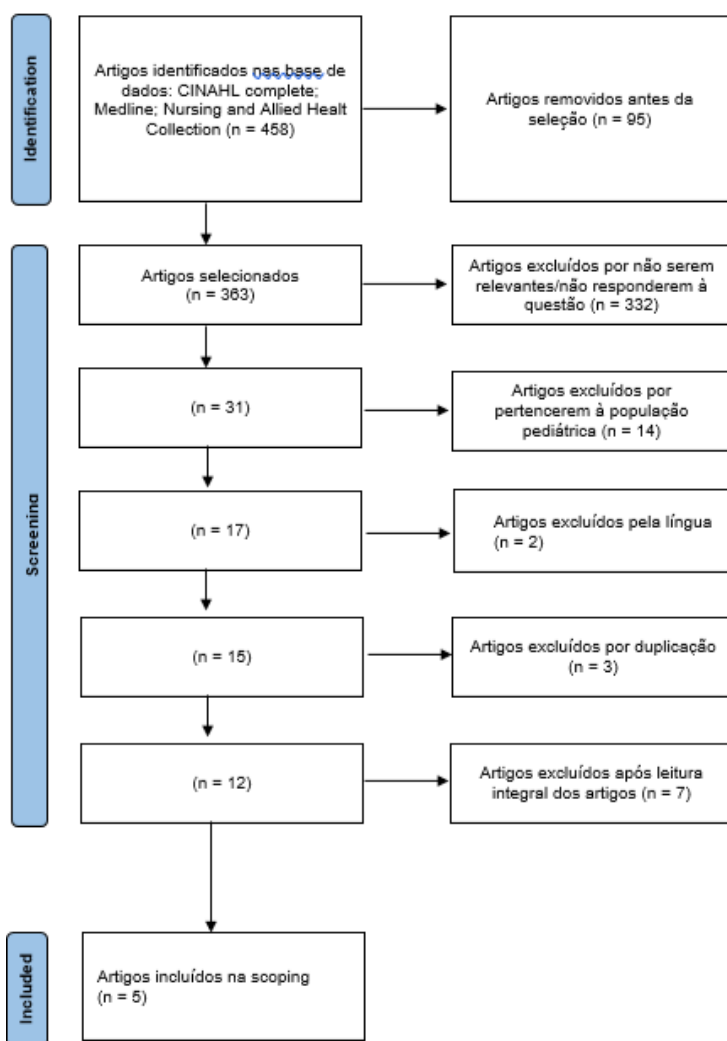
Cochrane Clinical Answers. Os descritores DeCs e Mesh foram combinados através da seguinte pesquisa booleana: thirst “OR” polydipsia “AND” patient comfort “AND” critical care nursing “AND” critical care “NOT” child. Os termos foram combinados sem friso temporal, a fim de garantir uma pesquisa ampla.

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 são 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. Finalizámos 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



RESULTADOS

A partir da análise dos 558 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 destacando as características principais dos artigos analisados e respetivos resultados que contempla: identificação do estudo; autor; tipo de estudo; finalidade 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> (Artigo 1)	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> (Artigo 2)	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 <i>bundle</i> 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 <i>bundle</i> teve diferenças estatisticamente significativas na redução da intensidade da sede e do <i>distress</i>

				provocado pela sede.
<i>Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice</i> (Artigo 3)	Ann L, Yuriko S, Kathleen P Estudo intervencion al 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> (Artigo 4)	Marilia FC, Ligia FF Ensaio Clínico controlado randomizado, paralelo de cegamento simples Nível de Evidência 3	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 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</i>	Viviane MS, Lígia FF, Marcela MB,	Revista Brasileira de	Avaliar a eficácia da utilização do mentol (na	Como resultado obteve-se que ocorreu uma

<p><i>for thirst relief: a randomized clinical study</i></p> <p>(Artigo 5)</p>	<p>Edilaine GR, Lílian DM, Aline KAG</p> <p>Ensaio Clínico randomizado, paralelo</p> <p>Nível de Evidência 3</p>	<p>Enfermagem - REBEn</p> <p>2019</p> <p>Brasil</p>	<p>hidratação labial e gelado de água), comparativamente e à não utilização de mentol, no alívio da sede no pós-operatório imediato.</p>	<p>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.</p>
--	--	---	--	--

Discussão

Grande parte da literatura encontrada aborda a sede como um fator de desconforto no doente crítico, em que avaliam a sua intensidade e o *distress* que provoca, mas não aprofundam 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.

Dois dos estudos pretenderam testar a aplicabilidade de *bundles* de intervenção, cujo o objetivo comum é a realização de intervenções que reduzam a intensidade da sede nomeadamente *Artigo 2* e *Artigo 3*. No entanto o estudo *Artigo 2*, pretendeu ainda com essas mesmas intervenções reduzir o *distress* provocado pela sede e o alívio da sensação de “boca seca”. Os autores do estudo *Artigo 2* 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 controle referiu 1,9 vezes mais relatos de sede e sensação de boca seca que o grupo da intervenção.

No estudo *Artigo 3* 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 das enfermeiras ($p < 0,001$) e de uma média de 9.2 para 5.3 após a intervenção de membros da família ($p < 0,002$). 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.

Outro estudo *Artigo 1*, 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 *Artigo 4* 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 ^[14] realizada posteriormente com base neste artigo.

No estudo *Artigo 5*, 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) 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
<p>Cuidados orais, através da utilização de esponja de água fria, spray de água gelada, gelado de água, hidratante labial de mentol;</p> <p>Avaliar status oral antes e após da realização das intervenções confortadoras.</p>	<p>Providenciar apoio emocional através da gestão do <i>distress</i> provocado pela sede.</p> <p>Facilitar capacidade para comunicar necessidades, relacionadas com a sede.</p>	<p>Manter dignidade e privacidade implícita em toda a prestação de cuidados.</p>	<p>Promover apoio da família, através da gestão da gestão do <i>distress</i> <i>provocado pela</i> sede.</p> <p>Ensinar família os protocolos/ medidas implementadas para a gestão da sede.</p>

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 inovadoras, 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. O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao iniciar o processo de desenvolvimento de competências foi importante definir o que são estas competências que, sendo partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, *são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*, nomeadamente: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (*Regulamento n.º 140/2019*).

Estas competências são transversais a todos os cuidados prestados ao longo do estágio que, segundo publicado em Diário da República, este último tem por objetivo *ministrar ao candidato formação e práticas adequadas ao exercício da atividade profissional, para que a possa desempenhar de forma competente e responsável, designadamente nas suas vertentes técnica e deontológica* (*Regulamento n.º 19/2017*).

Deste modo, o objetivo geral de estágio foi **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família.**

Do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) que estagiei fazem parte três Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), a Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgica (UCIMC) e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCIN).

O presente estágio foi realizado na UCIP. Este serviço sofreu obras para melhoria da sua infraestrutura neste último ano. Quanto à estrutura é constituída por uma sala aberta e atualmente tem como configuração: 14 camas, sendo 2 quartos de isolamento de pressão alterna, sendo que todas as unidades estão monitorizadas centralmente. Apresenta um balcão central de monitorização e registo que permite a observação contínua de todos os doentes. Este tipo de estrutura apresenta a vantagem do contacto visual permanente e direto do

enfermeiro com o doente, proporcionando maior observação e vigilância, economia de espaço, e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, existe menor privacidade, maior perceção de ruídos e maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde. Para minimizar estas desvantagens, todas as unidades apresentavam biombos entre cada, de forma a existir uma “bolha” individual de cada doente.

Dele faz parte uma equipa multidisciplinar altamente diferenciada cuja equipa de enfermagem é formada por 56 elementos dos quais 2 fazem parte da equipa de gestão: a enfermeira coordenadora e o enfermeiro chefe.

Os registos são efetuados informaticamente através da plataforma Critical Care Manager, no qual é possível aceder aos dados obtidos a partir dos dispositivos médicos do serviço (monitores, ventiladores), meios complementares de diagnóstico, informação clínica e índices de avaliação, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Tem a seu dispor sistemas de monitorização complexos e recursos tecnológicos que providenciam a substituição de funções vitais, como por exemplo a Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO), técnicas de substituição renal contínuas e intermitentes, e sistemas de monitorização hemodinâmica invasivas.

Os doentes internados na UCIP são provenientes de diversos serviços: Serviço de Urgência, Hospital de Dia, enfermarias, transferência intra-hospitalar ou inter-hospitalar. Os critérios de admissão e alta na UCIP baseiam-se na reversibilidade do problema clínico, assim como, nos benefícios do tratamento e expectativa de recuperação.

Após breve descrição sobre o contexto de estágio, irei apresentar os objetivos específicos delineados para esta etapa, expondo em seguida as atividades desenvolvidas e o conhecimento e habilidades adquiridas.

As competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros são *as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).*

Neste sentido defini como um dos objetivos específicos: **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica na UCI**

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (*Regulamento n.º 429/2018*).

No que concerne aos processos médicos e cirúrgicos complexos estes dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário (*Regulamento n.º 429/2018*). Deste modo, estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica (*Regulamento n.º 429/2018*).

Ao longo do meu estágio tive muitas oportunidades de desenvolver várias dessas competências. Para uma boa abordagem ao doente crítico, torna-se fundamental o conhecimento de uma grande diversidade de patologias e a prestação de cuidados com bases científicas e atuais, devendo saber exatamente o que fazer em situações graves, antecipando e prevenindo problemas. Sendo a pessoa o centro desse cuidar, e para se prestar cuidados de qualidade tendo em atenção os problemas e as necessidades desta, é necessário o planeamento, execução, avaliação e gestão de cuidados, em contexto específico de uma UCI.

Para este planeamento, numa fase inicial, houve a necessidade de compreender a estrutura, organização e metodologia de trabalho da unidade através da enfermeira orientadora, dos colegas de trabalho e da consulta de protocolos e normas do serviço.

Posteriormente, com o intuito de refletir sobre a prática clínica ao doente crítico com base na evidência científica, foi importante no meu processo de aprendizagem o aprofundamento de conhecimentos em áreas que já não tinha contacto há dois anos, época que a unidade de cuidados intensivos que trabalho se converteu em unidade para doentes infetados com SARSCov-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).

No decorrer do estágio contactei essencialmente com doentes do foro respiratório, cirúrgico e trauma, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, assegurando uma vigilância contínua desde a preparação da unidade, à admissão, estabilização hemodinâmica e alta.

Na preparação da unidade, a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente, preparação de material para colocação dispositivos médicos como cateteres, linhas arteriais, sondas oro/nasogástricas, algalias, antecipação da colocação de tubos de sangue para a colheita de análises de protocolo de rotina bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, foram intervenções realizadas no dia-dia com vista a promoção da qualidade de cuidados prestadas ao doente.

O processo de admissão do doente, a de avaliação inicial da pessoa em situação crítica defere do processo da avaliação de outros doentes apenas em termos de tecnologias utilizadas. Os monitores cardíacos, as linhas de monitorização hemodinâmica, e as análises laboratoriais fornecem dados que o enfermeiro deve incluir na avaliação global do doente. As tecnologias fornecem contributos para os dados que o enfermeiro reúne através da observação, recolha da história de saúde e da observação física. As múltiplas fontes de dados e a situação oscilante da pessoa em situação crítica da constante reorganização de prioridades uma contante (*Monahan F., et all, 2010*).

Neste sentido o enfermeiro de cuidados especializados ao doente crítico atualiza constantemente a base de dados para reformular os seus objetivos e intervenções, como aconteceu na admissão de um doente proveniente da

urgência com diagnóstico médico de hemorragia digestiva alta com função do sistema circulatório comprometida caracterizada por hipotensão e perfusão dos tecidos inefetiva e inicia um estado de alerta comprometido.

A avaliação da pessoa por parte do enfermeiro deve ser rigorosa, rápida bem como deve ser organizada e repetitiva para que sejam evidentes pequenas alterações ou desvios dos dados prévios e individualizada, dando-se tempo e atenção a aspetos importantes (*Monahan F., et all, 2010*).

Com a mensuração da pressão, fluxo e oxigenação intravasculares, através da monitorização hemodinâmica, são fornecidos dados relevantes à tomada de decisão clínica para a manutenção de adequada perfusão de órgãos, prevenindo a lesão tecidular. O benefício da técnica de monitorização passa por produzir informação fiável que permita a prevenção do sofrimento dos órgãos por hipoperfusão, através de decisões terapêuticas apropriadas que reduzam a taxa de mortalidade dos doentes críticos (*José Pinho, 2020*).

A monitorização invasiva refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial ou venoso, é feita através de cateteres que medem alterações na pressão do ar e dos líquidos, e que também podem ser utilizados para administração de líquidos via intravenosa e obter sangue arterial e venoso para análise laboratorial (*Monahan F., et all, 2010*). Intervenções como a calibração dos sistemas, o posicionamento adequado dos transdutores e avaliação de todo o sistema em termos de permeabilidade e adequação é imprescindível, bem como conhecimentos a nível da interpretação das morfologias das ondas e a resposta adequada aos valores indicados no monitor são indispensáveis na prevenção de erros e posteriores complicações do doente, como o caso de curvas de ondas que não correspondem ao valor real das pressões arteriais do doente e atuar de modo a tentar corrigir a situação prevenindo assim uma atuação em caso de hipotensão do doente que na realidade se encontrava com pressões arteriais dentro dos parâmetros normais.

Entre os vários procedimentos que tive a oportunidade de experienciar, realço os cuidados à vítima de traumatismo vertebro-medular, os cuidados ao doente sob ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), o transporte do doente crítico e o do papel do chefe de equipa.

Cuidados à vítima de traumatismo vertebro-medular

O traumatismo vertebro-medular ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinal. A lesão óssea e a lesão medular podem ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos, sendo rara a secção física da medula (OE, 2009, p.15).

É estimado que 89 % de todas as pessoas vítimas de trauma têm fraturas da coluna cervical e torácica (Barradas, 2008). Cerca de 3 a 25% dos doentes com lesão cervical têm complicações destas lesões como resultado de atrasos no diagnóstico ou de manipulação e cuidados inadequados no serviço de urgência. Por esta razão é fundamental a existência de cuidados de enfermagem de alta qualidade e especializados (Hughes, 2003). A coluna vertebral é constituída por vértebras, ligamentos, músculos, vasos sanguíneos e, no seu interior, encontra-se a medula espinal e raízes espinhais envolvidas pelas meninges e pelo líquido cefalorraquidiano (LCR) (Barradas, 2008; Hughes, 2003). Os anéis ósseos sobrepostos formam um canal chamado canal medular que contém e protege a medula espinal que se inicia ao nível da primeira vertebra cervical (C1) até ao nível do disco intervertebral que liga as duas primeiras vértebras lombares. Na parte inferior do canal vertebral descem as raízes dos nervos espinhais caudais, que juntamente com o *filum terminale* (conjunto delicado de tecido fibroso) formam a cauda equina, que vai desde de T11 e termina ao nível do terceiro segmento sagrado, ocupando o canal vertebral abaixo de L2 (Barradas, 2008).

A medula espinal está contida na parte central da coluna vertebral, num canal formado pelas vertebra anulares. A estreita proximidade anatómica da medula espinal de vertebra, músculos e ligamentos aumenta a probabilidade de uma lesão, em qualquer destas estruturas de suporte, originar igualmente lesão da própria medula (Monahan F. et al, 2010).

Dentro do doente vítima de trauma, pode explorar e desenvolver a temática da vítima de traumatismo da medula espinal em contexto pós-cirúrgico. (O caso de um homem de 42 anos, com fratura e luxação de C7-D1, ASIA A, com posterior necessidade de redução e fixação posterior de C4-D2, que chega

à unidade em contexto de choque medular e que se manteve na unidade ao longo da sua recuperação até posterior transferência para enfermaria).

A ordem dos médicos (2017) refere que as fraturas da coluna surgem associadas à traumatologia de alta energia e constituem, hoje, causa frequente de morbidade e mortalidade na sociedade moderna. Os doentes, que sofrem lesão vértebro-medular, são muitas vezes, alvo de uma lesão em cadeia (lesão primária e lesão secundária), que é, não só agravada pela situação hemodinâmica, mas também pela mobilização inapropriada do doente após o acidente.

A estabilização e imobilização da coluna vertebral tem como objetivo evitar o agravamento da lesão e proporcionar as condições ideais para a recuperação neurológica (*Mitcho, Yanco, 1999*). Segundo Royster, Barboi, Peruzzi (2004), a maioria das lesões da coluna vertebral não causam danos na medula espinal, mas a instabilidade da coluna como resultado do trauma coloca estes doentes em risco de lesão neurológica, se esta não for devidamente protegida e estabilizada.

A lesão primária vertebro-medular resulta de uma lesão mecânica inicial e é irreversível. Cria um ambiente isquémico pela destruição de neurónios e células de suporte, interrupção dos feixes nervosos e estiramento ou rotura dos vasos sanguíneos que irrigam a medula espinal. Dela fazem parte a concussão medular, a contusão medular, a laceração medular, a transecção medular e a lesão vascular (*Monahan F. et all, 2010*).

O processo de lesão secundária vertebro-medular tem início no espaço de minutos após a agressão inicial. Com o tempo, o processo de lesão secundária provoca alterações estruturais nas substâncias branca e cinzenta da medula espinal, destruição da bainha de mielina, fibrose do tecido nervoso e formação de uma cavidade quística. A lesão secundária pode destruir a espessura total da medula espinal ao nível da lesão, com extensão dos seus efeitos a vários segmentos medulares a montante e a jusante daquele (*Monahan F. et all, 2010*).

As manifestações funcionais do traumatismo da medula espinal (TME) dependem da extensão da lesão medular (completa ou incompleta), do nível da lesão e do tipo de feixes nervosos envolvidos (neurónios motores superiores ou inferiores). A extensão do TME é classificada em cinco graus mediante a escala

de déficit da American Spinal Injury Association (ASIA), apresentado em *Anexo I – Escala ASIA de avaliação do traumatismo da medula espinal*.

Os doentes com lesão da medula espinal estão em risco de desenvolvimento de atrofia muscular, contraturas, espasticidade e ossificação heterotópica. Neste sentido, a reabilitação destes problemas deve começar imediatamente após lesão medular aguda sendo de extrema importância a prevenção e o controle de complicações.

Tão importante como compreender todo o processo anatomofisiológico do traumatismo vertebro-medular, é compreender o impacto psicológico no doente e na família. O papel que cada um desempenha, bem como as relações são alterados abruptamente, e muitas vezes de forma permanente pela lesão, e toda a percepção de futuro fica destruída. O doente e a família fazem o luto, um processo por vezes avassalador, à medida que ultrapassam a fase da negação e vão tomando consciência do alcance das perdas (*Monahan F. et all, 2010*).

Para enfrentar esta nova situação, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa que a protegem da realidade e lhe dão tempo para se adaptar. Algumas reações psicológicas possíveis de serem encontradas são: negação, ansiedade, tristeza, depressão, luto, frustração, raiva, choro, regressão, culpabilização, desespero, agitação psicomotora. A identificação dos mecanismos de defesa ajuda os profissionais de saúde a melhor compreenderem as atitudes e os comportamentos das pessoas vítimas de TVM, a direcionarem o seu relacionamento de modo a estabelecer uma relação assertiva e terapêutica e o confronto adaptativo com a situação clínica (*Ordem Enfermeiros, 2009*).

A consciencialização da deficiência tem um percurso heterogéneo. Umhas pessoas assumem-no logo no momento do acidente, outros muito mais tarde, enquanto algumas não acreditam na sua situação, fazendo uma «fuga» à realidade. Comum é a esperança dumha solução num futuro próximo, não só na resolução de alguns aspetos ligados às alterações fisiopatológicas e incapacidades, mas também na hipótese de uma evolução da ciência que permita uma técnica terapêutica que trate a lesão (*Ordem Enfermeiros, 2009*). O que me marcou neste doente foi a sua grande capacidade de resiliência e de adaptação à sua nova situação, na perspetiva de tentar recuperar o máximo de autonomia dentro das suas futuras possibilidades.

O apoio psicológico e a informação com verdade sobre as perspetivas futuras não podem, em momento algum, ser negligenciados. A informação deve ser clara, objetiva, tendo em conta os aspetos culturais de cada pessoa. Devemos admitir que a pessoa com LM tenta não aceitar ou valorizar um conjunto de informações que vão sendo transmitidas pelos profissionais, no sentido de aclarar as perspetivas futuras (*Ordem Enfermeiros, 2009*).

Cabe aos profissionais de saúde prestar a ajuda necessária. Se a pessoa enfrentar a situação, por mais dolorosa que seja, significa que responde de uma forma ativa e não passiva, ou seja, mantém o controlo da situação. A abordagem à pessoa com LM, a propósito da sua perspetiva futura, deverá ser discutida e preparada, evitando discordância entre os elementos da equipa (*Ordem Enfermeiros, 2009*).

Na abordagem ao doente com LM é importante desenvolver uma relação de ajuda – a neutralidade dos profissionais pode ser uma defesa contra a proximidade do sofrimento. A relação de ajuda só existe com um efetivo empenho pessoal. O sofrimento dos outros não nos pode ser indiferente. Compreender as necessidades individuais – cada pessoa é única; ajudar sem substituir, ensinar e corrigir – em ambiente hospitalar pois nem sempre é promovida e motivada a autonomia e independência da pessoa. A principal causa é a centralidade na realização dos cuidados. A própria organização de cuidados é pouco centrada na pessoa e mais na organização. A família e amigos, com atitudes de superprotecção, utilizam esforços inadequados, com frequência contrários à promoção da autonomia e independência, embora o estímulo e afeto familiar sejam importantes; tocar; informar com a verdade e comunicar; Dar reforço positivo; Dar poder para decidir; Contribuir como redutores de ansiedade e angústia; Dar resposta às questões sobre alterações (sexuais, vesicais, intestinais); Contribuir para o processo de consciencialização (*Ordem Enfermeiros, 2009*).

O ensino à pessoa e família deve ser contínuo e na alta deve ser validado o conhecimento adquirido. Se for paraplégica, a pessoa normalmente consegue ser autónoma, depois de realizado o ensino e treino; se for tetraplégica, consegue algumas vezes autonomia na higiene oral com dispositivo e em algumas áreas do corpo. Apesar de não conseguir a independência, o facto de

saber orientar os seus cuidados oferece-lhe controlo sobre esta atividade de vida (*Ordem dos Enfermeiros, 2009*).

No processo de extubação e saída do choque medular deste doente foi importante a avaliação da função respiratória com a avaliação da frequência e ritmo respiratório, a avaliação de oximetria de pulso (SaO₂), a oximetria e expansão torácica, a utilização dos músculos respiratórios acessórios, (se observarmos a respiração de um tetraplégico, veremos uma elevação do abdómen na inspiração, conforme o diafragma desce. Existe ao mesmo tempo retração da parede do tórax, o que indica uma resposta passiva à pressão intra-torácica negativa, causada pela descida do diafragma, *Ordem Enfermeiros, 2009*), a avaliação da quantidade e qualidade das secreções, a auscultação pulmonar (articulando com os colegas da especialidade de reabilitação), o estado da pele e mucosas a realização de gasimetrias arteriais seriadas e o estado de consciência.

Em relação à alimentação, na fase aguda, o choque medular é responsável pela paralisia tónica do aparelho digestivo, devendo ser mantida a pausa alimentar, administrando alimentação e hidratação por via parentérica. Uma vez que a pessoa com LVM pode apresentar alterações ao nível do reflexo da deglutição, condicionando todo o processo de alimentação, na presença de ruídos intestinais, poderá ser iniciada a alimentação por via enteral, com a prestação dos cuidados de enfermagem inerentes (*Ordem dos Enfermeiros, 2009*).

Assim, a pessoa paraplégica bem posicionada alimenta-se por si, na cama ou sentada na cadeira de rodas. Por outro lado, o mesmo não acontece com a pessoa tetraplégica, pelo compromisso da mobilidade dos membros superiores, pelo que enquanto esta não conseguir realizar esta atividade autonomamente, deverá ser prestada a ajuda necessária, posteriormente, com o treino, conseguirá alimentar-se com ajuda de dispositivos de compensação (*Ordem dos Enfermeiros, 2009*). No caso deste doente, como a lesão foi ao nível de C7-D1 foi muito importante durante uma fase inicial a ajuda de terceiros e posteriormente a ajuda de dispositivos, como colher adaptada e escova de dentes adaptada na alimentação e na realização da higiene oral.

No que respeita à imobilidade/mobilidade, considera-se a imobilidade como a qualidade do que é imóvel, do que não tem movimento, do que não é

capaz de se deslocar; como restrição prescrita ou inevitável do movimento em qualquer aspecto da vida da pessoa e não de reduções transitórias de mobilidade que ocorram em pessoas normalmente *saudáveis* (*Ordem dos Enfermeiros, 2009*).

Assim, para maximizar a mobilidade e a integridade da pele, os cuidados de enfermagem aos traumatizados vértebro-medulares devem incidir em quatro áreas: alinhar a coluna vertebral; avaliar a melhoria ou deterioração da integridade cutânea; facilitar progressivamente a mobilidade; prevenir complicações decorrentes da imobilidade (*Ordem dos Enfermeiros, 2009*).

Neste caso é e foi importante, no processo de especialização em enfermagem, antecipar as necessidades dele e da sua família, garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias de coping, gerir e otimizar a resposta do doente e sua família em articulação com toda a equipa multidisciplinar.

Abordagem, transporte e segurança do doente crítico

Segundo o Parecer nº9/2017 da mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

A segurança no transporte é definida como a ausência de erros ou de eventos adversos com potencial dano para o doente bem. Um transporte seguro é aquele em que não existe deterioração do doente durante o transporte (*Ocean Medical, 2019*). O planeamento do transporte é efetuado pela equipa médica e de enfermagem do serviço/unidade de origem e tomará em consideração os seguintes passos (6 certos do planeamento do transporte): 1) doente certo; 2) serviço certo; 3) equipa certa; 4) transporte certo; 5) equipamento certo; 6) documentação certa (*Ocean Medical, 2019*).

A responsabilidade da efetivação do transporte do doente crítico fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente à equipa do serviço destinatário (*Ocean Medical, 2019*).

Neste sentido, pela necessidade de nos termos de ausentar com os doentes para a realização de exames ou cirurgias em contexto de urgência/emergência, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos com a realização do curso *Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico* (*Anexo II - Certificado Curso Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*).

Um exemplo do quão importante foi a realização deste curso aconteceu num turno da manhã, ao ir de encontro ao nosso doente, no momento da avaliação inicial, e verificar uma diminuição do estado de consciência (estupor) com anisocoria associada, com estado de consciência de 7 segundo a Escala de Coma de Glasgow (GCS). A avaliação do estado de consciência é o aspeto mais importante da avaliação neurológica, da qual também faz parte a avaliação dos movimentos, dos sinais pupilares e oculares, dos padrões respiratórios e dos sinais vitais. O nível de consciência pode apresentar-se sob um estado de consciência total, de alerta e de cooperação ou numa ausência total de reação a qualquer estímulo externo (*Batista, R. 2003*).

Segundo SCHENK em 1995 existem designações, embora vagas, que são usadas para descrever os tipos de alterações da consciência: Vígil (doente responsivo a mínimo estímulo externo); Confuso (doente agitado, com alucinações e movimentos descoordenados, mas apresenta períodos curtos de atenção. Conhecimento deficiente com desorientação); obnubilado (doente sonolento, mas de fácil despertar. Resposta verbal correta quando acordado. Defende-se perante estímulos dolorosos); Estuporoso (doente apático, com movimentos lentos e olhar fixo. Ausência de resposta verbal, mas desperta perante estímulos vigorosos); Coma ligeiro (desorientado no tempo e no espaço, responde com esgar ou afastando o membro do estímulo doloroso); Coma profundo (não existe qualquer resposta mesmo perante uma estimulação vigorosa) (*Batista, R. 2003*).

Pela dificuldade na interpretação uniforme do nível de consciência do doente e de forma a objetivar a avaliação do estado de consciência, surgiram algumas escalas sendo a mais utilizada a Escala de Coma de Glasgow. Esta escala baseia-se na observação de três parâmetros (abertura dos olhos, a melhor resposta motora e a melhor resposta verbal) e implica a aplicação de

estímulos padronizados por forma a avaliação ser uniforme e independente do avaliador (*Batista, R. 2003*).

Após a deteção da alteração do estado de consciência começo por alertar a enfermeira orientadora e posteriormente a preparar o material para entubação orotraqueal, para proteção da via aérea, intervindo na estabilização hemodinâmica e preparação do doente para a realização de exames complementares e no seu respetivo transporte.

A realização do curso permitiu que em situações como a que descrevi me conferisse maior confiança e competências na gestão e coordenação do transporte de doente crítico em casos urgência/emergência.

Cuidados ao doente sob ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation)

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) constitui-se como um suporte de vida baseado na circulação e oxigenação extracorporeal do fluxo sangue tendo como génese o suporte circulatório efetuado em contexto cirúrgico cardíaco (bypass cardiopulmonar). (*Ordem dos Enfermeiros, 2019*)

O suporte extracorporeal de vida encontra-se indicado para as situações em que se verifica uma ineficácia dos tratamentos considerados como convencionais e usualmente utilizados quer na falência pulmonar quer na falência cardíaca. Tendo como objetivo a recuperação de uma ou de ambas as funções em falência, o suporte de vida extracorporeal tem um carácter temporário atuando como suporte desses órgãos até ao seu restabelecimento podendo igualmente servir como ponte para um tratamento definitivo caso a recuperação dos mesmos não seja viável (*Ordem dos Enfermeiros, 2019*).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de participar no V congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica (*Anexo III*) bem como na realização de um curso pré-congresso de ECMO (*Anexo IV*).

No serviço que trabalho, com o aparecimento da pandemia houve um grande crescimento do número de doentes sob técnica de ECMO e não houve a oportunidade da realização de formações para a aquisição de conhecimentos. Fomos aprendendo com a prática e com a partilha de documentação científica. Neste sentido, para melhorar a minha prática aproveitei o contexto de estágio e a formação oferecida no curso de pré-congresso para aprofundar os meus

conhecimentos. A maioria dos doentes em técnica de ECMO que surgiram em contexto de estágio foram casos de pneumonia grave a SARSCov-2, uma realidade já minha conhecida através do contexto de trabalho.

Para Remenapp et al. (2005, p. 596), a avaliação, o planeamento e a intervenção de enfermagem ao doente dependente de ECMO são, de forma muito sumária, norteadas por três objetivos principais: a promoção do conforto e repouso, a prevenção de complicações e o suporte enquanto ocorre o processo de cura. Na prestação de cuidados ao doente crítico, sendo o cuidado técnico, na maioria das vezes, intrusivo e até mesmo doloroso, a integração do conhecimento e das competências relacionadas com o conforto assume uma importância fulcral, tornando-se imperativo, numa intervenção de enfermagem especializada, reconhecer que as medidas de conforto e de life saving estão intimamente relacionadas, uma vez que o desconforto e a ansiedade condicionam a forma como os doentes respondem aos tratamentos (*Benner et al., 2011*).

Uma das características fundamentais do enfermeiro especialista na prática de cuidados críticos é esperar e estar preparado para o inesperado (*Benner et al., 2011*). No caso da ECMO isto implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa doente e a técnica. Numa prática de enfermagem especializada, a antecipação de possíveis complicações e a atuação para prevenção do dano são dois aspetos que concorrem em simultâneo para a segurança do doente, no respeito pelo princípio ético da beneficência/não maleficência (*Benner et al., 2011*).

O tema da chefia e liderança, **como chefe de equipa**, é abrangente e transversal a diversas áreas de atuação, sendo que liderar pessoas é o elemento principal de todo o gestor de equipas. Ser um enfermeiro líder de equipa é assumir uma posição de influência na mesma, com o objetivo de promover o bem-estar da população, com o compromisso, a responsabilidade, a empatia, a habilidade para tomar decisões, a comunicação e a gestão efetiva e eficaz das pessoas e outros recursos. Para desenvolver com eficiência e eficácia o papel de líder, torna-se necessária uma interação com a equipa (*Oliveira de Gois, 2015*).

O papel do “chefe de equipa” em Portugal ainda não está regulamentado, no entanto, na literatura há referência ao Clinical Nurse Leader, criado pela American Association of Colleges of Nursing (AACN) em 2003, nos Estados Unidos da América, em resposta a um relatório que afirmava que entre 44.000-98.000 americanos são vítimas mortais, todos os anos, por erros médicos. Na esperança de prevenir e evitar esses erros, foi criada o CNL para simplificar as operações em todos os hospitais e, em última análise, melhorar a qualidade do atendimento (*Regis Colege, 2022*).

Várias dissertações têm sido realizadas em relação à temática, e há quem questione se os enfermeiros comumente designados de *chefes de equipa* nos serviços clínicos não deveriam ser possuidores de competências de um líder clínico (*Marques, R. 2019*). Um CNL é um enfermeiro que concluiu um grau avançado, normalmente um mestrado com especialização em CNL, e que supervisiona o atendimento dos pacientes sob sua responsabilidade (*Regis Colege, 2022*). A sua função é colaborar com os vários cuidadores que interagem diretamente com seus doentes. Isso inclui um conjunto de membros da equipa multidisciplinar nomeadamente enfermeiros, médicos, auxiliares, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros. O objetivo é melhorar a comunicação, garantir que os doentes recebem cuidados de qualidade, reduzir a probabilidade de erros e, em geral, melhorar os resultados dos cuidados aos doentes. Os CNL garantem que os sistemas de saúde, estruturas, políticas internas, atendimento ao doente e pesquisa sejam geridos adequadamente. Atuam como um recurso para os diferentes membros da sua equipa, que recorrem a eles com perguntas ou outros esclarecimentos sempre que necessário (*Regis Colege, 2022*).

O enfermeiro chefe de equipa, considerado como uma referência no âmbito da equipa, assume, na maioria dos turnos efetuados, a função de responsável do turno, permitindo-me também assumir e colaborar também nestas funções. Deste modo colaborámos na distribuição da carga de trabalho, minimizando e distribuindo de forma equitativa a mesma. Uma das principais tarefas do responsável é a gestão dos cuidados havendo, esporadicamente, a necessidade de ajustar a distribuição de trabalho. Uma gestão proporcional e adequada às circunstâncias não previstas vai ao encontro da mitigação da sobrecarga de trabalho pontual, contribuindo para a manutenção da qualidade da prestação de cuidados que poderia ser afetada e colocada em causa pelo

excesso de trabalho. Uma atuação assertiva e ponderada conduz a uma diminuição e eliminação dos potenciais conflitos que daí poderão advir.

Para o auxílio da avaliação da gravidade e sobrecarga de trabalho foi utilizada a escala TISS-28. O TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) é um sistema criado em 1974 e atualizado em 1983, que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico (*Nunes, 2002*).

Com o intuito de tornar o índice mais ajustado para medir a carga de trabalho de enfermagem e facilitar a aplicação prática, uma ampla modificação foi realizada em 1996, que resultou na versão TISS-28, que possui sete categorias de intervenções terapêuticas (atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico) e cada categoria, é constituída de itens específicos com escore que variam de um a oito (*Padilha, 2005; Elias, 2006*).

Cada uma dessas categorias é constituída de itens específicos, com pontuações que variam de um a oito. De acordo com o total de pontos, os pacientes são classificados em quatro classes conforme a necessidade de vigilância e de cuidados intensivos: classe I: pacientes fisiologicamente estáveis (pontuação 0-19); classe II: pacientes requerendo cuidados intensivos e monitorização contínua (pontuação 20-34); classe III: pacientes graves e hemodinamicamente instáveis (pontuação 35-60); classe IV: necessidade de assistência contínua e especializada (pontuação >60) (*Silva, 2014*).

Por fim, pude desenvolver competências ao mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, ao intervir e avaliar os processos terapêuticos complexos em equipa multidisciplinar, ao realizar a gestão de risco, ao monitorizar os fatores desencadeantes de eventos adversos, promovendo e salvaguardando um ambiente seguro e de qualidade e promovendo a articulação com todos os organismos institucionais.

Como segundo objetivo específico defini como: **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores à pessoa com sede na UCI**

De acordo com os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (2001), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procuram, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores. O mesmo autor refere que os cuidados de enfermagem, na excelência do exercício profissional, procuram os mais elevados níveis de satisfação do cliente/doente, a promoção de saúde com o intuito de alcançar o máximo potencial de saúde, a prevenção de complicações para a saúde dos clientes, a maximização do bem-estar dos doentes suplementando/complementando as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente, desenvolver conjuntamente com o doente os processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados prestados.

Nesta procura pela excelência do exercício profissional, por constatar dificuldades na abordagem de enfermagem aos cuidados confortadores da sede, senti necessidade de realizar desenvolver uma scoping review, já previamente descrita, para aprofundamento da temática dos cuidados confortadores à pessoa com sede em contexto de UCI. Orlando descreveu o conforto como um aspeto central para satisfazer as necessidades humanas argumentando que o papel da enfermagem se deve focar em tudo o que possa interferir com o conforto físico e mental dos doentes. Por sua vez, Peplau considerou-o como uma necessidade básica relacionada com as necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação e Roy na sua teoria da adaptação, estudou o conforto psicológico e as respetivas medidas para o aumentar (*Kolcaba & Kolcaba, 1991; Howk, 2004; Phillips, 2004*). Leininger, em 1981, identificou o conforto como um construto major da taxonomia do cuidar, sendo da maior importância que este seja avaliado no respetivo contexto cultural para que se possam prestar cuidados

de qualidade, holísticos. De forma a poder avaliar e intervir de acordo com as necessidades de conforto, o enfermeiro deve ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural lhes atribui (Leininger, 1995; Malinowski & Stamler, 2002). Na teoria do cuidar de Watson o conforto é designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa. O conforto é uma variável externa que o enfermeiro pode controlar. O conforto promovido pelo enfermeiro deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz (*Watson, 1988*).

Dentro do grupo de teóricas de enfermagem que estudaram o conforto é Janice Morse a partir dos anos 80 realizou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conforto no contexto da enfermagem contemporânea. No entanto, foi Katherine Kolcaba que a partir dos anos 90 se dedicou à sua conceptualização e operacionalização. Morse considera o conforto como a denominação para estado final das ações terapêuticas de enfermagem, definindo-o como o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do continuum saúde-doença (Morse, 1992). A enfermagem tem um papel central no conforto dos doentes podendo ser considerado como um estado último de saúde e uma meta ou objetivo do cuidar (*Morse, Bottorff e Hutchinson, 1995; Morse, 2000; Sousa, 2020*).

Na Teoria de Kolcaba (2003), o conforto é visto como uma experiência imediata e holística, 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 planear e controlar o seu destino.

Kolcaba (2003) define os contextos nos quais o conforto é experimentado como: físico – pertence às sensações do corpo; psico-espiritual – pertence à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o contentamento de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida, a relação uma ordem ou um ser mais elevado; ambiental – pertence ao meio, às condições e influências externas; social – pertence às relações interpessoais, familiares e sociais.

Para Kolcaba os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos e lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam. O conforto melhorado dá animo aos doentes para empreenderem comportamentos de procura de saúde e os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente comportamentos de procura de saúde estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde. Os enfermeiros são quem identifica as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebe medidas de conforto para abordar essas necessidades e procura melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado.

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 (Sousa, 2020).

Documentado desde há pelo menos 38 anos atrás, está descrito que doentes em UCI's relataram que “estar com sede” foi o terceiro maior fator de stress/desconforto, depois de “estar amarrado por tubos” e “sentir dor”. Desde então, numerosos estudos de pesquisa documentaram que a sede é um dos maiores fatores de stress/desconforto do doente crítico. Não é apenas a sede prevalente, mas foi classificado como um sintoma mais intenso que a fadiga, ansiedade, inquietação, fome, dispneia, dor, tristeza, medo ou confusão (Puntillo, K., 2014).

O principal agente de controlo da ingestão de líquidos é a sede. A estimulação da sede é criada por osmorreceptores localizados no hipotálamo que respondem a alterações na osmolaridade extracelular. O centro da sede é estimulado por líquido orgânico hipertónico, 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 F., et all, 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 hipovolémia, está sujeita à forte osmorregulação do sistema renina-angiotensina e aldosterona, juntamente com os antagonistas adrenérgicos (Arai S., et al, 2013).

Tive a oportunidade ao longo do estágio de desenvolver competências nos diferentes contextos de conforto, referidas por Kolcaba, ao doente com sede.

Em relação ao **contexto físico** a prestação de cuidados orais (através da utilização de esponja de água fria, spray de água gelada, hidratante labial); e a respetiva avaliação do status oral antes e após da realização das intervenções confortadoras. No **contexto psico-espiritual**, providenciar apoio emocional através da gestão do distress provocado pela sede e facilitar capacidade para comunicar necessidades (o estabelecimento de uma relação terapêutica, a utilização do toque terapêutico, a prevenção e alívio do distress psicológico e o encorajar a expressão dos sentimentos foram algumas das estratégias utilizadas. Na utilização de estratégias de comunicação não verbal foram utilizadas também outras estratégias como tablets, telemóveis e folhas de A4 plastificadas com o abecedário disponíveis na unidade). No **contexto ambiental**, manter dignidade e privacidade implícita em toda a prestação de cuidados (utilização de biombos para manter a privacidade de cada doente quando ele assim o desejasse, bem como na realização de intervenções, visto a unidade ser um *open space* e ser mais difícil manter a privacidade; adequar o tom da voz para a minha mensagem ser apenas ouvida pelo doente e assegurar a confidencialidade de toda a informação, foram algumas das estratégias utilizadas). No **contexto social**, promover apoio da família, através da gestão do distress provocado pela sede; ensinar família os protocolos/ medidas implementadas para a gestão da sede (foram utilizadas estratégias como: disponibilizar e possibilitar a visita de familiares, acompanhamento da visita dos familiares, sensibilizar os familiares para os cuidados confortadores à pessoa com sede, explicar os procedimentos que os familiares podem realizar no alívio

da sede ao seu familiar internado adequando sempre os procedimentos à pessoa internada).

Sabendo também que a partilha de experiências e informações entre pares conduz à produção de conhecimento em enfermagem, que se manifesta em prestação de cuidados eficazes, eficientes e adaptados às mudanças diárias cuidados de enfermagem considero que a minha passagem neste contexto foi importante para a sensibilização dos meus pares para esta problemática promovendo momentos de formação informal sobre esta área específica aproveitando os momentos da passagem de turno para o realizar e posteriormente com a realização de uma formação em que dei a conhecer a scoping review realizada e descrita no primeiro capítulo.

Nestes momentos de reflexão e formação informal foram identificadas diversas lacunas relacionadas com estratégias diferenciadas de avaliação, intervenções e reavaliação sobre as quais tive a oportunidade de esclarecer os meus pares.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para a concretização do processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista, foram muito importantes os conhecimentos adquiridos em aulas, a realização da pesquisa bibliográfica e em toda a orientação recebida pela professora e enfermeira orientadora. A procura constante de fundamentação científica atual, relevante e pertinente permitiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma e contínua bem como o contacto com todos os doentes a quem eu pude prestar cuidados.

No domínio da responsabilidade ética e legal

Durante o estágio, foram desenvolvidas atividades com vista a respeitar estes princípios éticos, a promover a privacidade e segurança do doente, a respeitar as suas preferências e dignidade, a garantir a informação à pessoa e família, a manter a confidencialidade e a segurança da informação, ou seja, procurei agir sempre de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, que se revelou sempre um pilar essencial para a minha prática.

Segundo o número 1, do Artigo 99.º, do Código Deontológico “ as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” e na relação profissional, elevando os valores universais que devem ser respeitados: igualdade, sem discriminação por ninguém; liberdade responsável, respeitando as vontades e valores de todos; verdade, realidade transmitida, assimilada e interpretada; justiça, “dando a cada um o que lhe é devido”; altruísmo, agir beneficiando os outros, em detrimento das suas necessidades; e solidariedade, respeitando o outro (*Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 42*).

No sentido de clarificar o papel do enfermeiro no âmbito dos cuidados de saúde, em 1996 foi publicado em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), reportando as intervenções de enfermagem autónomas, diferenciando-as das que são interdependentes (Decreto-lei nº161/96, artigo 9º, ponto 1). As intervenções interdependentes são as que resultam da prescrição/decisão de outro profissional, normalmente o médico, já as autónomas resultam da decisão/conceção do enfermeiro e pelas quais, este assume responsabilidade de forma individual.

No processo de tomada de decisão a Ordem dos Enfermeiros (2001) referiu que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções, com o intuito de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde.

O processo de enfermagem é contínuo e dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. Contudo, as intervenções de enfermagem garantem um agir ético, ancoradas em valores e princípios que assumem uma dimensão fundamental no processo de tomada de decisão e, portanto, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção (Deodato, 2010).

A comunicação é outro fator que pode influenciar a tomada de decisão, pelo que o enfermeiro deve ter a capacidade para contextualizar a informação, de forma a que a possa analisar e processar, colhendo os dados realmente relevantes e reduzindo as interferências individuais. Uma vez que a informação se encontra muitas vezes dispersa, fragmentada e, portanto, sujeita a diversas interferências, quando ocorre o trabalho em equipa, o processo de tomada de

decisão torna-se mais efetivo, pois assim, todas as opiniões são atendidas e analisadas em conjunto, promovendo o consenso. Deste modo, fruto dos recursos materiais e humanos, do tipo de pessoa, do prognóstico, das diversas intervenções e situações experienciadas, é possível tomar-se a melhor decisão (Nunes, 2007).

Considero que ao longo do processo de decisão tive sempre por base o conhecimento, experiência adquirida e a capacidade de pensamento clínico assumindo uma estrutura consistente baseada na capacidade para interpretar, analisar e inferir em função de um agir ético. Respeitei a vontade expressa pelos doentes, permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando assim respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, bem como pelas suas crenças e valores. Desta forma, confirmei que a tomada de decisão não se restringe somente aos profissionais de saúde, pois tem em consideração a decisão do doente, quando exequível, sendo este o principal decisor das intervenções que lhe serão efetuadas.

Do mesmo modo certifiquei-me que o consentimento informado foi esclarecedor. O consentimento informado é entendido como *a autorização esclarecida prestada pelo doente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida* (ePortugal, 2022).

Em cuidados intensivos, como o doente nem sempre tem condições físicas ou mentais para decidir, devido a uma limitação, muitas vezes, associada à gravidade da situação ou utilização de fármacos que alteram o estado de consciência, torna-se importante conhecer a sua vontade prévia e o que ele pensava sobre o assunto, podendo até existir indicações formais, no caso de existirem diretivas antecipadas de vontade/testamento vital (SNS24, 2022).

No domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a ganhar destaque nos últimos anos, com a criação de programas de controlo da qualidade para avaliação da mesma nos cuidados prestados à população.

Segundo a OE (2017), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica tem como objetivo serem “um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.” Devendo assim os enfermeiros especialistas desenvolver projetos. Foi neste sentido que foi desenvolvido o meu projeto de estágio que culminou com a realização deste relatório de estágio.

Na procura da melhoria da qualidade de cuidados, realizei várias atuações, tais como: desde alertar a equipa para intercorrências, identificação de erros e posteriormente atuação e estabilização de doentes que não nos estavam atribuídos que, a título de exemplo, cuja terapêutica não estava a ser profundida quando era suposto (caso de um doente sedoanalgesiado, entubado e ventilado orotraquealmente, posicionado em decúbito ventral, que começa com quadro de bloqueio ventilatório, instabilidade hemodinâmica e a mobilizar-se no leito. A terapêutica curarizante que deveria estar a ser profundida não estava conectada ao cateter, algo que prontamente retifiquei). Como gerir prioridades em dias que havia outros colegas que se encontravam com maior sobrecarga de trabalho e doentes mais instáveis e indo ao seu auxílio. Bem como discutir casos clínicos com enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de integrar o processo de acreditação do SMI para centro de referência para área ECMO tendo a oportunidade de discutir em conjunto com a enfermeira orientadora, todas as normas e protocolos de atuação do serviço (os quais destaco: norma de consentimento informado, norma de procedimento substituição na tomada de decisão, norma de procedimento à pessoa em situação crítica com via aérea difícil, norma de intimidade e privacidade da pessoa, norma de organização dos carros de emergência, norma de transporte do doente crítico, norma de acesso à informação clínica, regulamento interno da gestão de resíduos hospitalares, o plano de emergência interna).

Durante o estágio houve também, a preocupação de maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção. Assim, o conhecimento do

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, a identificação de necessidades dos serviços relativas ao controlo de infeção hospitalar (como na prevenção da pneumonia associada à ventilação, infeções de cateteres centrais e de drenagens vesicais) e a aplicação de medidas preventivas de transmissão de infeção (como o uso de EPI e a correta e oportuna higienização das mãos), até pelo contacto com doentes com SARSCov-2, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área.

No domínio da gestão dos cuidados

No seio das organizações de saúde, o enfermeiro EEMC tem um papel preponderante no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados e até quando adequa os estilos de liderança por forma a melhorar as relações entre a equipa, com vista a atingir os objetivos institucionais.

A aquisição de competências, na área de gestão, foi facilitada pela orientação da enfermeira orientadora, uma vez que ela desempenhava funções de *chefe de equipa*.

Considero ter desenvolvido: capacidades que me permitem orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; capacidade de promoção e respeito pela proteção dos direitos humanos; capacidade identificar outras necessidades formativas na área da EEMC, tais como, desenvolvimento de conhecimentos nos cuidados à vítima de traumatismo vertebro-medular, nos cuidados ao doente sob ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), no transporte, abordagem e segurança do doente crítico e por fim no papel do chefe de equipa.

No que ao processo de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada, creio que com a formação informal dos meus pares através da partilha da síntese da scoping review realizada, foi um processo importante para uma melhoria da prestação de cuidados confortadores ao doente em situação crítica com sede.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio adquiri essencialmente as competências através do investimento pessoal para manter os conhecimentos científicos atualizados, para serem aplicados na prática. Assim como ter presente a divulgação do conhecimento aos meus pares, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi necessário também estratégias para o desenvolvimento de competências no âmbito emocional, relacional e comunicacional.

Assim, considero que desenvolvi competências de forma contínua, como o autoconhecimento e utilizei de forma competente as tecnologias, utilizando a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; adequei as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; efetuei uma análise do trabalho executado e reconheci eventuais falhas que mereceram mudanças de atitudes; estabeleci sugestões de melhoria após a identificação de situações problema.

Estas experiências de prestação de cuidados diretos permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho técnico científico e relacional, adquirindo competências nestas áreas, utilizando conhecimentos científicos adquiridos durante o meu percurso profissional e académico; adquiri competências na capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas; adquiri competências de destreza na planificação dos cuidados prestados aos doentes críticos e relacionados com a tomada de decisão e liderança. Maximizei a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As dificuldades sentidas no estágio estiveram relacionadas com o cansaço normal que esta etapa envolveu na minha vida, o conciliar trabalho, o estudo, o estágio e a saúde, pois este esforço constante foi psicologicamente e fisicamente desgastante, mas apesar de tudo, toda esta experiência mostrou-se extremamente importante no processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e considero que cumpro com aquilo que me propus a realizar.

3. CONCLUSÃO

A Enfermagem defende uma visão holística da pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital, o que implica competências específicas de cuidar em cada etapa da vida. Neste sentido o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e tem uma resposta de elevado grau de adaptação e adequação às necessidades do doente. É o elemento que se deve diferenciar pelas suas intervenções afirmando-se na equipa como uma mais valia e um elemento de referência. Para além das competências técnicas para a prestação de cuidados, este deve basear a sua atuação na melhor evidência, assumindo um papel de destaque na coordenação da equipa e gestão dos cuidados.

Para o concretizar o enfermeiro especialista deverá desenvolver um conhecimento aprofundado, um juízo clínico e tomada de decisão eficiente face aos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pautado por uma prática profissional, ética e legal de excelência que conduza à melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo deste modo para os ganhos em saúde, para satisfação, segurança e conforto dos doentes.

A elaboração do presente relatório resulta de uma reflexão crítica da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e experiências de desenvolvimento durante o estágio. Traduziu-se na aquisição de novos conhecimentos e num processo de enriquecimento profissional e pessoal.

A responsabilidade de assegurar os cuidados ao doente crítico, permitiu-me adquirir capacidades na gestão autónoma, responsável e eficiente de cuidados, do ponto de vista técnico e científico, uma vez que mais do que realizar a prática é indispensável refletir sobre ela. A análise e identificação de oportunidades melhoria e intervenções foram sem dúvida imprescindíveis para o alcance dos objetivos definidos, permitindo a aquisição de novas competências e contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Considero que, através da realização da scoping review e sua partilha, pude reforçar a importância à equipa de saúde, concretamente aos enfermeiros, de atenderem à pessoa que vivencia desconforto através da sede como uma necessidade humana básica, bem como de realçar a necessidade de continuar

a investir na investigação científica e na padronização de intervenções de conforto por parte dos enfermeiros.

Apesar de algumas adversidades ou dificuldades que possam ter surgido, numa análise retrospectiva termino esta etapa com a sensação de dever cumprido, que esta fortaleceu a determinação na minha prática diária de manter a promoção da qualidade, segurança e conforto constantes dos cuidados baseados na evidência no âmbito das competências de mestre em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arai S., Stotts N., Puntillo K. (2013). Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. AJCC. Volume 22, No. 4. Disponível a partir de: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013533>

Barradas, G. V. (2008). Traumatismos vertebro-medulares: o presente e o futuro. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilha

Batista, R. 2003. Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência - Escala de Glasgow. Revista Referência, nº 10, Maio. Disponível a partir de: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2067&id_revista=5&id_edicao=11

Conchon M.F., Fonseca L.F. (2014). Eficácia de gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado. Revista Enfermagem UFPE. [Internet] Recife, 8(5): 1435-40.

Conchon M.F. (2014). Eficácia do picolé de gelo no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado. Dissertação para obtenção de grau de mestre. Biblioteca Digital Universidade Estadual Londrina. 2014. Disponível a partir de: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000197860>

Decreto-Lei n.º 161/96. REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República - 4 de Setembro. Disponível a partir de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Deodato, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir (Doctoral dissertation, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Disponível a partir de: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Elias, A.C.G.P. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 324-329.

ePortugal (2022). Consentimento informado. Governo Portugal. Disponível a partir de: <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/consentimento-informado>

Howk, C. (2004) - Hildegard Peplau. Enfermagem psicodinâmica ; trad. de A. R. Albuquerque. In TOMEY, A. M. ; ALLIGOOD, M. R., ed. lit. - Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.

Hugdes, R. (2003). The management of patients with spinal cord injury. *Clinical Advanced*. Vol. 99 N° 50

Kolcaba K. (1991). A taxonomic Structure for the Concept Comfort; 23(4):237-240

Kolcaba K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* (S. P. Company, Ed.). New York.

Kolcaba, K. Y. ; Kolcaba, R. J. (1991) - An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 16, nº 11, p. 1301-1310.

Leemhuis A., Shichishima Y., Puntillo K. (2019). Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice. *Critical Care Nurse*. Volume 39, No. 5

Leininger, M. (1995) - *Transcultural nursing: concepts theories, research and practices.* 2ª ed. New York : McGraw-Hill.

Malinowski, A. ; Stamler, L. (2002) - Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 39, nº 6, p. 599-606.

Marques, R. (2019). *Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes Clínicos.* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Lisboa). [Internet]. Disponível a partir de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36865/1/Rita%20Alexandra%20Agripino%20Marques.pdf>

Martins P.R., Fonseca L.F. (2017). Avaliação das dimensões da sede. *Rev. Eletr. Enf.*; 19(9):1-13. Disponível a partir de: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40288/23000>

Mitcho, K.; YANCO, J. R. (1999). Acute Care Management of Spinal Cord Injuries. *Critical Care Nursing Quarterly*. Vol. 22 N° 2. (AUGUST). p. 60–79.

Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C.. (2010). Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª Edição. p.373. ISBN: 978-989-8075-22-2.

Morse, J. M.; Bottorff, J. L. ; Hutchinson, S. (1995) - The paradox of comfort. Nursing Research. Vol. 44, nº 1, p. 14-19.

Morse, J. M. (2000) - On comfort and comforting. American Journal of Nursing. Vol. 100, nº 9, p. 34-38.

Nunes, B. (2000) Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS- 28 Therapeutic Intervention Scoring System. Rev. Esc. Enferm USP, v.39, n.2.

Nunes, F. M. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Revista Nursing Portuguesa, 17(219), 7-11

Ocean Medical (2019). Abordagem, transporte e Segurança do Doente Crítico. 1ª Edição, Janeiro 2019.

Oliveira de Gois, R., M. (2015). Liderança em Enfermagem: Desafio nas práticas gerenciais a partir de um estudo bibliográfico. Rev. Ciências Biológicas e de Saúde. v.3, n.1, p.73-86. periodicos.set.edu.br

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível a partir de: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Disponível a partir de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de Boa Prática de cuidados de enfermagem a Pessoa com traumatismo Vertebral medular. Guia Orientador de Boa Prática: Cadernos OE. Série II. Número 2, p. 365.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporeal de vida: um desafio para a prática especializada. ISBN: 978-989-8444-48-6

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa.

Disponível a partir de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer N°09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Disponível a partir de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

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

Ordem dos médicos (2017). Normas de boa prática em trauma. Grupo de Trabalho de Trauma - Competência em Emergência Médica. Disponível a partir de: [https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas de Boa Pratica em Trauma.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf)

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível a partir de: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Padilha, K.G. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (tiss-28): directions for application. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 39, n. 2, p. 229-233.

Peters M.D.J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A.C., Khalil H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Disponível a partir de: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+review>

s

Phillips, K. D. (2004) - Irmã Callista Roy. Modelo da adaptação; trad. de A. R. Albuquerque. In TOMEY, A. M. ; ALLIGOOD, M. R., ed. lit. - Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures : Lusociência. p. 301-333.

Sousa, P. (2020). O Conforto da Pessoa Idosa. Universidade Católica Editora.

Sousa P. (2012). A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa. Universidade Católica Portuguesa. Disponível a partir de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>

Porto Editora (2022) – *trauma* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [Internet]. Porto: Porto Editora. Disponível a partir de: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/trauma>

Puntillo K., Arai S.R., Cooper B.A., Stotts N.A., Nelson J.E. (2014) 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. Disponível a partir de: <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3339-z>

Regis Colege (2022). What Does a Clinical Nurse Leader Do? [Internet]. Disponível a partir de: <https://www.regiscollege.edu/blog/nursing/what-does-clinical-nurse-leader-do>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível a partir de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 19/2017. Regulamento de Estágio. Diário da República n.º 5/2017, Série II de 2017-01-06, páginas 597 – 602. Disponível a partir de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/19-2017-105711019>

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível a partir de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Remenapp, R., WinklerPrins, A., & Mossberg, I. (2005). Nursing care of the patient on ECMO. Em K. Van Maurs, K. Lally, G. Peek, & J. Zwischenberger (Edits.), *ECMO: Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care 3rd Edition* (pp. 595-607). Ann Arbor, Michigan: Extracorporeal Life Support Organization

Roister, R. A.; Barboi, C.; Peruzzi, W. T. (2004). Critical Care in the Acute Cervical Spinal Cord Injury. *Spinal Cord Inj Rehabil.* Vol. 9 N° 3. p. 11-32.

Benner, P., Hooper, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. A Thinking-in-Action Approach* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Serato V.M., Fonseca L.F., Birolim M.M., Rossetto E.G., Mai L.D., Garcia A.K.A. (2019). Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm.* 72(3):600-8

Silva, L.M.S. (2014). Índices prognósticos na prática clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 16, n. 1, p. 179-90.

SNS24 (2022). Registrar testamento vital. Disponível a partir de: <https://www.sns24.gov.pt/servico/registar-testamento-vital/>

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. *AJCC.* Volume 28, No. 1

Watson, J. (1988) - *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers.* Paris : Editions Seli Arslan.

APÊNDICES

APÊNDICE I – SCOPING REVIEW PROPOSTA PARA PUBLICAÇÃO

Intervenções de enfermagem no alívio da sede à pessoa em situação crítica

Inês Veríssimo¹, Telma Antunes², Sérgio Deodato³, Patrícia Pontífice-Sousa⁴

¹Licenciada em Enfermagem, Estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa; ²Licenciada em Enfermagem, Estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. ³PhD, Professor Associado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, ⁴PhD, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

RESUMO

Objetivo: mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica.

Métodos: scoping review conduzida pelas recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI), 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.

Resultados: amostra de revisão composta por 5 artigos. Foram identificadas como intervenções confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica, a utilização de esponjas humedecidas em água gelada, ou spray de água gelada e a aplicação de *spray* de mentol. Os estudos comprovam que as mesmas diminuem não só a intensidade da sede como o *distress*.

Conclusão: A pesquisa realizada permitiu-nos mapear as medidas confortadoras físicas, psico-espirituais, ambientais e sociais da pessoa adulta consciente em situação crítica com sede, com recurso à evidência científica atual, sendo a sua grande limitação a necessidade de mais estudos e com maior nível de evidência.

Palavras-chave: Alívio da sede; Intervenções de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica

Introdução

A pessoa em situação crítica é a pessoa que apresenta risco ou mesmo 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 usualmente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos realizados, inseridos num ambiente complexo, cuja dinâmica de ações são associados ao eminente risco de vida. [1]

A sede pode ser definida como uma percepção que provoca o desejo de beber líquidos. É um sintoma multidimensional prevalente, intenso, angustiante e subestimado em doentes críticos. [2]

Numa revisão integrativa realizada por Martins e Fonseca (2017) acerca da avaliação das dimensões da sede, os mesmos referem que este 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. Na prática clínica, não se avalia a sede de forma intencional e sistematizada; os registos de sua avaliação são escassos, quando não inexistentes e contemplam sobretudo a intensidade. A avaliação da sede deve abranger a sua multifatoriedade, dentro das dimensões referentes a: prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto. [3]

O principal agente de controlo da ingestão de líquidos é a sede. A estimulação da sede é criada por osmorreceptores localizados no hipotálamo que respondem a alterações na osmolaridade extracelular. O centro da sede é estimulado por líquido orgânico hipertónico, 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. [4]

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 hipovolémia, está sujeita à forte osmorregulação do sistema renina-angiotensina e aldosterona, juntamente com os antagonistas adrenérgicos. [5]

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. [6]

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. [7]

Kolcaba defende que, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa mesma intervenção. O cuidado de conforto compreende a ação que conforta (com vista ao aumento do conforto), constituindo-se assim como o processo e o respetivo resultado. 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 [6].

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 [8].

Deste modo torna-se pertinente a realização da nossa scoping review com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica.

Métodos

Este artigo trata-se de uma scoping review conduzida conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI)^[9]. 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.

A questão da scoping review orienta o desenvolvimento da mesma, uma vez que facilita a definição dos critérios de inclusão específicos e a eficácia da pesquisa bibliográfica. Para a sua criação foi também 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 nossa questão é a seguinte: Quais as intervenções de enfermagem confortadoras no alívio da sede à pessoa adulta consciente em situação crítica?

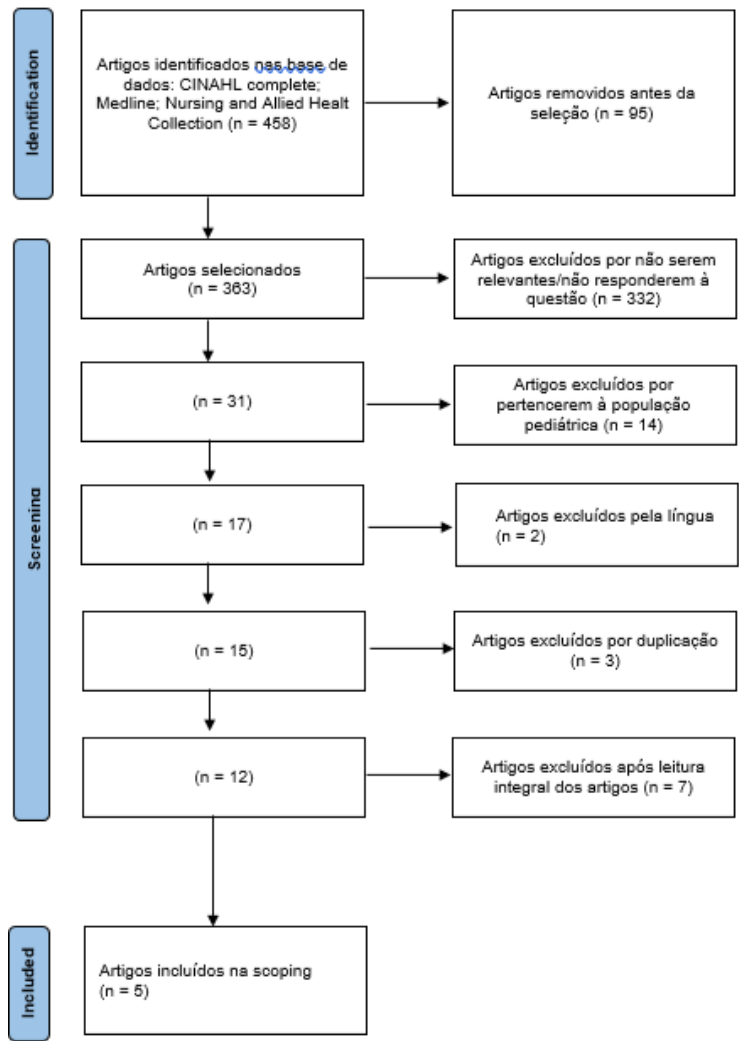
A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro e novembro de 2021 com recurso a bases de dados internacionais integradas na EBSCOhost (agregador que inclui a CINAHL complete; Medline; Nursing and Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic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



RESULTADOS

A partir da análise dos 558 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 ^[9] destacando as características principais dos artigos analisados e respetivos resultados que contempla: identificação do estudo; autor; tipo de estudo; finalidade 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 (apenas o objetivo)	Resultados (descrever as intervenções)
Effect of a Scheduled Nurse Intervention on Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Patients ^[10]	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 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, tanto em intervenções programadas como não programadas tiveram diminuições significativas em todos os 3 desfechos, mas a magnitude das diferenças foi maior no grupo das intervenções programadas, com diferenças estatisticamente significativas para a intensidade da

				sede, e sensação de “boca seca”. Não há diferenças estatisticamente significativas no que toca ao <i>distress</i> da sede.
A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care [2]	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, o grupo de controle referiu 1,9 vezes mais relatos de sede e sensação de boca seca que o grupo da intervenção.
Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice [11]	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.
Eficácia do gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado [12]	Marília FC, Lígia FF Ensaio Clínico controlado randomizado, paralelo de cegamento simples Nível de Evidência 3	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.	Espera-se comprovar a hipótese de que o gelado de água seja mais eficaz para mitigar a sede por estímulo de receptores orofaríngeos sensíveis à temperatura permitindo a gestão eficaz da sede com volume pequeno de líquido.
Package of mentol measures for thirst relief: a randomized clinical study [13]	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.	A única diferença estatisticamente significativa, foi verificada 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 a mentol.

Discussão

Grande parte da literatura encontrada aborda a sede como um fator de desconforto no doente crítico, em que avaliam a sua intensidade e o *distress* que provoca, mas não aprofundam 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.

Dois dos estudos pretenderam testar a aplicabilidade de *bundles* de intervenção, cujo o objetivo comum é a realização de intervenções que reduzam a intensidade da sede [2] e [11]. No entanto o estudo [2], pretendeu ainda com essas mesmas intervenções reduzir o *distress* provocado pela sede e o alívio da sensação de “boca seca”. Os autores do estudo [2] 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 controle referiu 1,9 vezes mais relatos de sede e sensação de boca seca que o grupo da intervenção.

No estudo[11] 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 das enfermeiras ($p < 0,001$) e de uma média de 9.2 para 5.3 após a intervenção de 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.

Outro estudo ^[10], 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 ^[12] 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 realizada posteriormente com base neste artigo ^[14].

No estudo ^[13], 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 entre os 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 e transformadas em linguagem de enfermagem (linguagem CIPE)^[15] e encontram-se no quadro 2.

Quadro 2: Síntese estruturada das intervenções confortadores

Físico	Psico-espiritual	Ambiental	Social
Cuidados orais e Gerir hidratação, através da utilização de esponja de água fria, spray de água gelada, gelado de água,	Providenciar apoio espiritual/emocional através da gestão do <i>distress</i> provocado pela sede Identificar obstáculos à comunicação, muito presentes em contexto de unidade	Manter dignidade e privacidade implícita em toda a prestação de cuidados.	Providenciar apoio social através da possibilidade de visitas e do envolvimento familiar nos cuidados Ensinar família os protocolos/

hidratante labial de mentol; Avaliar status oral antes e após da realização das intervenções confortadoras.	cuidados intensivos e unidades de cuidados pós-operatórios.		medidas implementadas para a gestão da sede.
---	---	--	--

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.

Referências

[1] Ordem Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica [Internet]. Outubro 2011. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

[2] Puntillo K, Arai SR, Cooper BA, Stotts NA, Nelson JE. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine* [Internet]. Junho 2014; 40(9):1295-1302. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3339-z>

[3] Martins PR, Fonseca LF. Avaliação das dimensões da sede. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017; 19(9):1-13. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40288/23000>

[4] Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green C. *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ª Edição. 2010. 373 p.

[5] Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *AJCC*. [Internet] Julho 2013, volume 22, No. 4. Available from: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013533>

[6] Kolcaba K. *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York. 2003.

[7] Kolcaba KY. A taxonomic Structure for the Concept Comfort. 1991;23(4):237-240

[8] Pontífice-Sousa P. A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa. Tese para a obtenção do grau de doutor. Universidade Católica Portuguesa. [Internet]. Outubro 2012. 116 p. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>

[9] Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. *JBIManual for Evidence Synthesis*. [Internet]. JBI. 2020 [updated julho 2020] Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+review>

[10] Vonstein M, Buchko BL, Millen C, Lampo D, Bell T, Woods A B. Effect of a scheduled nurse intervention on thirst and dry mouth in intensive care patients. *AJCC*. janeiro 2019, volume 28, No. 1

[11] Leemhuis A, Shichishima Y, Puntillo K. Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice. *Critical Care Nurse*. outubro 2019, volume 39, No. 5

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

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

[14] Conchon MF. Eficácia do picolé de gelo no manejo da sede no pós-operatório imediato : ensaio clínico randomizado. Dissertação para obtenção de grau de mestre. Biblioteca Digital Universidade Estadual Londrina. [Internet]. 2014. Available from: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000197860>

[15] Ordem dos Enfermeiros. CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. maio 2016. Available from: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA ASIA DE AVALIAÇÃO DO TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL.

ESCALA DE DÉFICE ASIA

A = Completo: Não há preservação da função motora ou sensorial nos segmentos sacrados S4-S5.

B = Incompleto: Preservação da função sensorial, mas não da função motora, abaixo do nível neurológico e inclui os segmentos sacrados S4-S5.

C = Incompleto: Função motora preservada abaixo do nível neurológico, e mais de metade dos músculos essenciais, abaixo do nível neurológico, de grau inferior a 3.

D = Incompleto: Função motora preservada abaixo do nível neurológico e, pelo menos, metade dos músculos essenciais, abaixo do nível neurológico, de grau 3 ou superior.

E = Normal: Funções motora e sensorial normais.

SÍNDROMES CLÍNICAS

Medula central

Brown-Séquard

Medula anterior

Cone medular

Cauda equina.

CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA – PADRÃO DE TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL

MOTOR

MÚSCULOS ESSENCIAIS

Nível	D	E
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

Flexores do cotovelo
Extensores do punho
Extensores do cotovelo
Flexores dos dedos (falange distal do dedo médio)
Abdutores dos dedos (dedo mínimo)

Flexores do ilíopsoas (anca)
Extensores do joelho
Dorsiflexores da tibiotársica
Longo flexor dos dedos
Flexor plantar da tibiotársica

Contração anal voluntária (Sim/Não)

SENSORIAL

PONTOS-CHAVE SENSORIAIS

Nível	D	E
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

Sensibilidade anal (Sim/Não)

0 = paralisia total
1 = contração palpável ou visível
2 = movimento activo, gravidade eliminada
3 = movimento activo, contra a gravidade
4 = movimento activo, contra alguma resistência
5 = movimento activo, contra resistência total
NT = não testável

0 = abolido
1 = déficit
2 = normal
NT = não testável

TOTALS PARCIAIS (MÁXIMO) + = MOTOR - TOTAL (100)

TOTALS PARCIAIS (MÁXIMO) + = PICADA DE ALFINETE - TOTAL (máx. 112)

TOTALS PARCIAIS (MÁXIMO) + = TACTO SUPERFICIAL - TOTAL (máx. 112)

NÍVEL NEUROLÓGICO	D	E	COMPLETO OU INCOMPLETO		ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL	D	E
Segmento mais caudal com função normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incompleto = Qualquer função sensorial ou motora em S4-S5	<input type="checkbox"/>	Extensão caudal de segmentos parcialmente inervados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SENSORIAL					MOTOR	
	MOTOR		ESCALA DE DÉFICE ASIA	<input type="checkbox"/>			

Retirado de: Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C.. (2010). Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª Edição. p.373. ISBN: 978-989-8075-22-2.

ANEXO II – CERTIFICADO CURSO ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO



Certifica-se que **Inês de Jesus Costa Veríssimo**, nascido(a) em 24/12/1996, com o número de identificação civil *****5 3ZY9, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu em 03/11/2021, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de janeiro de 2022

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



ANEXO III – CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA: E SE NÃO HOUVESSEM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA?

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 Inês de Jesus Costa Veríssimo, com o documento de identificação n.º 14087655, participou no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: *E se não Houvesse 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.laeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: CURSO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE SUBMETIDO A EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO)

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 **Inês de Jesus Costa Veríssimo** com o documento de identificação n.º 14087655 participou no Curso de Cuidados Especializados ao Doente Submetido a Extra Corporeal Membrane Oxigenation (ECMO), no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: *E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*, no dia 25 de Outubro de 2021, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, num total de 7 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



ÁNDREA 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

