



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA
NURSING INTERVENTION IN HOSPITAL AT HOME

Por

Rita Marisa Henriques Victor, N.º 192021008

Lisboa, 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA
NURSING INTERVENTION IN HOSPITAL AT HOME

Por

Rita Marisa Henriques Victor, N.º 192021008

Sob a orientação de Professora Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 2023

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do
frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo,
o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder — se — ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale, 1871)

AGRADECIMENTOS

Na etapa mais dura em termos académicos, em consonância com a passagem mais dura da vida..., pai, minha estrelinha, não me deixou desistir, que o meu trabalho seja o orgulho dele.

À minha mãe, que, no momento mais difícil da vida dela, deu— me alento e motivação para não desistir.

Ao meu marido, obrigada pela compreensão, pela força e por todas as horas que não passamos juntos.

Aos amigos e restante família, obrigada por tudo,...

À Professora Doutora Lurdes Martins, pela dedicação, acompanhamento e toda a partilha.

À Professora Doutora Isabel Rabiais e à Professora Doutora Manuela Madureira, por todo o apoio e carinho.

Aos enfermeiros orientadores e as suas equipas, pelos conhecimentos que me transmitiram e oportunidades de aprendizagem que possibilitaram.

Aos colegas e amigos que fiz durante este percurso.

À enfermeira—chefe Mónica Costa por todos os desafios que propôs para o enriquecimento deste percurso, e aos colegas que me ajudaram na gestão de horário.

RESUMO

O presente relatório descreve o percurso efetuado durante o estágio inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico— Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa.

O desenvolvimento de competências especializadas é um processo que se concretiza em contexto clínico, tendo para tal, sido realizados estágios em diferentes contextos: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e Unidade de Diálise. Neste percurso, surgiu o interesse pela Hospitalização Domiciliária, sendo dada a oportunidade de realizar um estágio de observação— participação numa Unidade de Hospitalização Domiciliária. Assim, procurou— se espelhar neste trabalho, utilizando um pensamento crítico e reflexivo, as atividades realizadas nos diferentes contextos, a aprendizagem de conhecimentos teóricos, fundamentados na evidência científica mais atual, e de que forma foram mobilizados para os diferentes contextos da prática.

Por último, para desenvolver as competências de mestre no que respeita à comunicação de resultados e ao desenvolvimento de pensamento crítico, é apresentado uma *scoping review* acerca da intervenção do enfermeiro numa Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Palavras— chave: Cuidados de enfermagem especializados; Intervenções de enfermagem; Hospitalização Domiciliária

ABSTRACT

This report describes the progress made during the internship as part of the Master's Degree in Nursing, with a specialisation in Medical – Surgical Nursing, in the area of Critical Care, at the Universidade Católica Portuguesa.

The development of expert skills is a process that takes place in a clinical context, and for this purpose internships were carried out in different settings: Intensive/Intermediate Care Unit and Dialysis Unit. During this journey, an interest in Hospitalization at Home emerged, and we were given the opportunity to carry out an observation – participation internship in a Home Hospitalization Unit. Thus, we tried to mirror in this work, using critical and reflective thinking, the activities carried out in the different contexts, the learning of theoretical knowledge, based on the most current scientific evidence, and how it was mobilised for the different contexts of practice.

Finally, in order to develop master's competences regarding the communication of results and the development of critical thinking, a scoping review on the nurse's intervention in a Home Care Unit is presented.

Keywords: Skilled nursing care; Nursing interventions; Home hospitalisation

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde

CVC — Cateter venoso central

DAV — Diretiva/s antecipada/s de vontade

DeCS — Descritores em Ciências da Saúde

DGS — Direção Geral Saúde

DP — Diálise peritoneal

EDTNA/ERCA — European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

HD — Hemodiálise

IACS — Infecção associada aos cuidados de saúde

ICN — International Council of Nurses

JBI — Joanna Briggs Institute

MeSH — Medical Subject Headings

OE — Ordem dos Enfermeiros

PBCI — Precauções básicas do controlo da infeção

PNS — Plano Nacional de Saúde

PRISMA — Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta— Analyses
(Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta— análises)

REPE — Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-Cov2 – Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SAV – Suporte avançado de vida

SBV – Suporte básico de vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR – Técnica de substituição da função renal

UHD – Unidade de hospitalização domiciliária

UCI – Unidade de cuidados intensivos

VHV – Vírus da hepatite B

VIH – Vírus imunodeficiência humana

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Introdução.....	13
1. Enquadramento teórico.....	18
1.1. Análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido na aquisição, no desenvolvimento e na consolidação de competências.....	23
1.1.1 Unidade de cuidados intensivos/ intermédios.....	24
1.1.2 Unidade de Diálise.....	33
1.1.3 Unidade de Hospitalização Domiciliária.....	46
2. Hospitalização domiciliária: uma realidade na intervenção do enfermeiro: <i>scoping review</i>	54
2.1. Notas históricas: o que é a hospitalização domiciliária.....	54
2.2. Hospitalização domiciliária em Portugal.....	56
2.3 Papel do enfermeiro nos cuidados à pessoa em hospitalização domiciliária.....	59
2.4. Metodologia.....	63
2.5. Resultados.....	65
2.6. Discussão de resultados.....	68
2.7. Considerações Finais.....	74
4. Considerações finais.....	80
Referências bibliográficas.....	83
Bibliografia.....	94
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE I – Artigos selecionados para a Revisão de <i>Scoping</i>	97
APÊNDICE II – Póster apresentado no 50th EDTNA/ERCA International Conference 2022 – “Intradialytic muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment”. ..	109
APÊNDICE III – Plano da Sessão de Formação “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”. ..	111
APÊNDICE IV – Apresentação da sessão de formação com o tema: “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”.....	113
APÊNDICE V – Questionário de avaliação da sessão de formação.....	126
APÊNDICE VI – Resultados da avaliação da sessão de formação.....	128

Apêndice VII – Póster apresentado no Encontro Renal 2022 – “Caibras intradialíticas: intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento”	130
Apêndice VII – Póster apresentado V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: <i>Scoping review</i> ”	132
ANEXOS	134
ANEXO I – Certificado de Participação V Congresso Internacional de Enfermagem Médico– Cirúrgica: “E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico– Cirúrgica?”	135
ANEXO II – Certificado de Participação IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE”	137
ANEXO III – Certificado de Participação Sessões de Educação para Saúde e no programa Ação Social da Diaverum.	139
ANEXO IV – Certificado de Participação 18º Encontro Regional APEDT sobre “ <i>Profissionais diferenciados – pessoas capacitadas</i> ”	141
ANEXO V – Certificado de Participação 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC).....	143
ANEXO VI – Certificado de Participação 50th EDTNA/ERCA International Conference 2022.....	145
ANEXO VII – Continuing Nursing Education Certificate.	147
ANEXO VIII – Abstract e-poster “Intradialysis muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment” in the Book of Abstracts 50th EDTNA/ERCA International Conference Rotterdam, The Netherlands, September 10th – 13th 2022.	149
ANEXO IX – Certificado de Participação 2º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”	151
ANEXO X – Certificado de Participação Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico– Cirúrgica.	153
ANEXO XI – Certificado de Participação Encontro Renal 2022, XXXVI Congresso APEDT.	155
ANEXO XII – Certificado de apresentação do Poster “Cãibras intradialíticas: intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento” no Encontro Renal 2022.	157
ANEXO XIII – Certificado de apresentação do Poster “Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: <i>Scoping review</i> ” no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”	159
ANEXO XIV – Certificado de integração na Comissão Organizadora no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”	161

ANEXO XV – Certificado de conclusão com aproveitamento o curso de formação
profissional ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS) da American
Heart Association. 163

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 — Fluxograma de admissão na UHD (Norma N.º 20/2018 – DGS).....	48
Figura 2 — As unidades de hospitalização domiciliária portuguesas – atualizado a 27.09.2022 (nehospdom, 2022) disponível em https://www.spmi.pt/nucleo—de—estudos—de—hospitalizacao—domiciliaria/	57
Figura 3 — Representação esquemática e aplicação dos critérios de seleção.....	66
Figura 4 — Diagrama de fluxo prisma.....	67
Quadro 1 — Critérios de inclusão e exclusão dos artigos	65

Introdução

O relatório aqui redigido foi elaborado para apresentar ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, seguido de discussão pública, para a obtenção do Grau de Mestre do XV Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Tem como principais objetivos descrever e refletir acerca das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas ao longo deste percurso.

A complexidade dos cuidados inerentes à saúde e à prestação dos cuidados de enfermagem incentivam ao aumento do conhecimento da disciplina e à sua integração, na prática. Diariamente, somos invadidos com o “novo”, algo diferente e complexo, que nos faz questionar, procurar evidência para posteriormente planear e dirigir com a maior segurança, determinada intervenção, buscando os melhores resultados. Manter um conhecimento atualizado demonstra o valor da enfermagem e contribui para um atendimento seguro, tal como referido no Código Deontológico do Enfermeiro, publicado como anexo à Lei N.º 156/2015, no artigo 109.º a “excelência do exercício” advém de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

Fundamentado por Serra et al. (2016), a formação pós-graduada contribui para a afirmação do papel do enfermeiro perante a sociedade, tendo sido este o motivo pelo qual iniciei este percurso académico, afim de adquirir conhecimentos e competências, de forma a prestar cuidados diferenciados e basear a minha prática clínica na evidência.

“O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p. 32).

Concordando com esta premissa, decidi continuar os estudos para um nível de conhecimento da disciplina de enfermagem que permite alcançar as competências de enfermeira especialista.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), os cuidados de enfermagem de hoje pressupõem uma maior exigência técnica e científica, pelo que cada vez mais profissionais se especializam. O enfermeiro especialista é aquele a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Assim, devo ser capaz de mobilizar, utilizar e demonstrar competências nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal, na gestão da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Estas competências decorrem do desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

A escolha pela especialização em Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, advém do interesse e do desafio pessoal em adquirir competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem qualificados ao mais alto nível, na identificação, manutenção e recuperação da pessoa numa situação de compromisso/falência de órgão. Pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento N.º 124/2011, p. 8656). Assim, o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, bem como a maximização da intervenção na prevenção da infeção perante a pessoa em

situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família são os alicerces da formação do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. (Regulamento N.º 124/2011).

Para desenvolver competências na área de especialização, realizei três estágios, na área da Grande Lisboa, cada um deles com uma carga horária de 180 horas. Os locais de estágio escolhidos foram: Serviço de Urgência Polivalente¹, Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e Unidade de Diálise. Neste percurso, surgiu o interesse pela Hospitalização Domiciliária, tendo tido a oportunidade de realizar um estágio de observação-participação numa Unidade de Hospitalização Domiciliária, também na área da Grande Lisboa.

A hospitalização domiciliária integra pessoas em situação de patologia crónica agudizada ou patologia aguda, assim como, pessoas em cuidados paliativos/estádio terminal, que necessitem de procedimentos terapêuticos e cuidados da responsabilidade exclusiva do hospital. Estas pessoas podem ser provenientes da consulta externa, do hospital de dia, do serviço de urgência ou referenciados pelos cuidados de saúde primários (DGS, 2018).

Este modelo de assistência hospitalar, apresenta vantagens. Segundo Mariano et al. (2021), proporciona às pessoas, familiares ou cuidadores uma atenção focada, participação e responsabilidade, melhor qualidade de vida e bem-estar, assistência personalizada, oportunidade de educação para a saúde e menor risco de iatrogenia. Ao nível hospitalar, possibilita maior rentabilidade dos recursos disponíveis, maior rotação e disponibilidade de camas, redução do período de internamento e no sistema nacional de saúde, aumenta a eficácia e eficiência, mediante uma assistência mais humanizada e um uso mais eficaz dos recursos (Mariano et al., 2021).

¹ Inserido na Unidade Curricular do segundo semestre – A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica.

Em Portugal, o modelo (recentemente) instituído acrescenta como objetivos a diminuição das infeções nosocomiais, a diminuição de quadros de agudização associados aos focos de confusão e queda, assim como, a promoção de uma maior garantia da acessibilidade das pessoas aos cuidados de saúde. Outros pressupostos associados são a criação de “uma envolvência psicossocial mais favorável ao doente durante o período de internamento e valorizar o papel da família/ cuidador, prevenindo a rejeição, o abandono e a institucionalização” (DGS, 2018, p. 16). A equipa principal é formada por enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, sendo acrescentados outros técnicos, quando necessário (DGS, 2018).

A hospitalização domiciliária encontra-se em crescimento. Santos et al. (2021) realçam que, aos enfermeiros, cabe o papel de ajudar a desenvolver respostas adequadas à pessoa e ao seu cuidador. São apontadas pelos autores, a eficácia das intervenções de enfermagem centradas na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa e do cuidador com recurso ao ensino personalizado, na eficácia da gestão do regime terapêutico, na prevenção de quedas e na promoção da literacia em saúde (Santos et al., 2021).

O presente relatório foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico de 2011 e realizado com base na metodologia proposta pela Universidade Católica Portuguesa. Encontra-se estruturado da seguinte forma: enquadramento teórico, análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas ao longo dos estágios, sendo, posteriormente apresentada uma *scoping review* intitulada ‘Hospitalização Domiciliária: uma realidade na intervenção do enfermeiro’, e, por último, uma reflexão final, enquadrando o desenvolvimento de competências na minha prática profissional. As referências bibliográficas são redigidas segundo a norma da *American Psychological Association 7th*. No final do trabalho, constam os apêndices e anexos, onde poderão ser consultados os trabalhos realizados no

decorrer dos estágios, bem como os diversos elementos comprovativos de participação em congressos científicos.

1. Enquadramento teórico

A comunidade de enfermagem representa uma classe profissional com extrema relevância nos cuidados de saúde. A evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, levou os enfermeiros à procura de formação académica com distintos graus, o que lhes ineriu elevadas responsabilidades em diversos domínios, o que fundamentou a criação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei N.º 104/98, 1998).

As filosofias, modelos conceptuais e teorias de enfermagem explicam a ação do enfermeiro, e pretendem mobilizar ou integrar os conhecimentos teóricos na prática. Watson (2002, p. 63) afirma que “a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra”, o que pressupõe a necessidade de adquirir conhecimentos teóricos para aplicar na prática, sendo a prática a principal razão pela qual se desenvolve a teoria.

Independentemente dos diferentes contextos onde se pratica a disciplina de enfermagem, é possível presenciar que “existe um entendimento generalizado de que o Metaparadigmas de enfermagem consiste nos conceitos centrais de pessoas, ambiente, saúde e enfermagem” (Powers e Knapp *in* Tommey e Aligood, 2004, p.6). Estes conceitos que caracterizam a disciplina de enfermagem representam o nível mais abstrato do conhecimento e são fundamentais para organizar a disciplina e a profissão (Tommey e Aligood, 2004).

Ao enquadrar estes conceitos no percurso de desenvolvimento de competências especializadas, constato que, nos diferentes contextos de estágio também estes conceitos se encontravam presentes e que, o seu entendimento permitiu o desenvolvimento de ações que fossem ao encontro de uma prática de cuidados de

enfermagem especializados. Assim, enquadrei o meu trabalho na Teoria das Transições de Meleis. Segundo esta teoria, uma transição ocorre quando um dado acontecimento provoca a passagem de uma fase da vida para outra, havendo impactos na vida da pessoa e no ambiente que a rodeia. Estas alterações podem incidir tanto a nível dos comportamentos, como das relações (Meleis, 2010).

O princípio desta teoria na enfermagem assenta na conceptualização de um potencial ou efetivo problema que a pessoa experiênciava e que a obriga à mudança, ao enfermeiro, cabe, providenciar as linhas orientadoras específicas para a prática de enfermagem para compreender o fenómeno da transição (Meleis et al., 2000).

A pessoa e a sua família vivenciam situações particulares de transições, nomeadamente processos de saúde/doença, decorrentes de acontecimentos como a agudização de doenças crónicas, o aparecimento súbito de doenças agudas, ou complicações durante o seu internamento, as quais obrigam ao seu prolongamento, o que as colocam num estado de transição, provocando-lhes mudanças abruptas na sua vida. No contexto saúde/doença da pessoa e da sua família, o impacto das transições tem sido explorado em vários contextos de doença (Schumacher e Meleis, 1994), como tal, a unidade de cuidados intensivos e unidade de diálise são locais onde são prestados múltiplos cuidados especializados a pessoas nas mais variadas situações saúde-doença — por serem serviços que provocam frequentemente angústia, medo, ansiedade e insegurança, tornam a pessoa e a sua família ainda mais vulneráveis. Cabe, mais uma vez ao enfermeiro assumir-se como um elemento fundamental na ajuda para superar essa transição.

O internamento numa unidade de cuidados intensivos, representa o acontecimento de um importante comprometimento no bem-estar e na saúde da pessoa, bem como significa que esta se encontra a passar por uma transição (Schumacher e Meleis, 1994). Espera-se do enfermeiro que este interceda de forma a facilitar essas transições. A sua atuação está no apoio prestado à pessoa e a sua família, compreendendo o significado da situação e disponibilizando os meios preventivos

ou terapêuticos, tendo em conta as prioridades da pessoa e a forma única como vive a transição (Kérouac et al., 2002).

Na teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000), tendo por base uma orientação da disciplina, a teoria da transição enquadra— se na corrente de pensamento designada por *paradigma da transformação*, que, segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major (1994), se caracteriza pela abertura das ciências de enfermagem para o mundo.

Afaf Ibrahim Meleis destaca, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. Neste sentido, deve ser salientada a premissa de Meleis (2010, p. 66), de que “a transição é um conceito central para a enfermagem”, porque o seu objeto é a pessoa que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá— lo ou mesmo a completá-lo, deste modo, a transição se constitui como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde. As transições de saúde-doença, incluem mudanças súbitas de papel, resultantes da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica.

A transição é, pois, a passagem de uma fase da vida para outra. O início e o fim não surgem de forma simultânea e durante este período podem existir diversos pontos de transição, momentos de crise sobre os quais incide a intervenção da enfermagem e cujo objetivo é ultrapassá-los e promover a adaptação uma nova condição de forma a alcançar o bem-estar da família (Chick e Meleis, 1986).

Ao longo do estágio surgiram várias situações em que foi identificado o impacto das transições na pessoa relativamente a situações de saúde-doença, nomeadamente pessoas em fase de agudização dos sintomas, adaptação a uma técnica de substituição renal, de aumento do grau dependência e de adaptação à ventilação mecânica.

Por sua vez, na unidade de diálise, o confronto da pessoa com uma técnica de substituição da função renal e as alterações inerentes à sua nova situação provoca na vida da pessoa e da família uma série de mudanças drásticas, que lhes são impostas e às quais todos precisam de se adaptar (Sturesson e Ziegert, 2014). São frequentes as dificuldades de adesão ao tratamento, muitas vezes relacionadas com a não aceitação da doença e a alteração da percepção de si próprio assim como com a alteração do relacionamento interpessoal com familiares e com os seus pares em ambiente social (Bisca e Marques, 2010).

Devido à alteração e à necessidade de adaptação que a doença renal crónica causa na vida da pessoa, considere-se que o pensamento de enfermagem a seguir neste percurso seria o modelo de enfermagem de adaptação de Callista Roy. Para esta teórica, o modelo centra-se no conceito de adaptação e são considerados quatro elementos essenciais: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

Roy definiu a pessoa como o enfoque central da enfermagem, os recetores dos cuidados que podem ser: uma pessoa, uma família ou comunidade (George, 2000). O ambiente é o conjunto de todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa (Tomey e Alligood, 2004). O nível de adaptação é “um ponto em constante mudança, feito de estímulos focais, contextuais e residuais, que representam o padrão da variedade de estímulos da própria pessoa aos quais se pode responder com respostas de adaptação comuns” (Tomey e Alligood, 2004, p. 304).

A saúde é um reflexo da adaptação entre a interação da pessoa e do ambiente, na promoção da sua integridade fisiológica, psicológica e social. Para Roy, saúde “não é estar livre da inevitabilidade da morte, doença, infelicidade e stress, mas a capacidade de lidar com elas de forma competente” (Tomey e Alligood, 2004, p. 308). Caso haja incapacidade da pessoa para se adaptar a uma situação de adversidade, aparece a doença, e a saúde acontece quando a pessoa se adapta continuamente (Tomey e Alligood, 2004).

A Irmã Callista Roy defende que a enfermagem é a profissão de prestação de cuidados que se centra na saúde da pessoa, promovendo interações na capacidade adaptativa da pessoa com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

O processo de enfermagem definido por Roy é constituído por seis fases distintas: que correspondem à apreciação dos comportamentos; a avaliação dos estímulos para esses comportamentos; o diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; o estabelecimento de metas para promover a adaptação; a implementação de intervenções que visam gerir os estímulos que promovem a adaptação; e, por último, a avaliação dos objetivos (Tomey e Alligood, 2004).

Perante o diagnóstico de DRC, com necessidade de TSFR, a pessoa sofre diferentes alterações durante as fases da sua doença (físicas, sociais e psicológicas), e a equipa enfermeiro—pessoa—família será a base para a promoção e desenvolvimento de estratégias para promover a sua adaptação a uma nova realidade.

O desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, advém de momentos de aprendizagem e consolidação de conhecimento teórico prático num ambiente caracterizado como caótico e não controlado e em que o imprevisto leva à necessidade de estabelecer cuidados prioritizados e dirigidos. Para tal, no meu modo de ver, faz todo o sentido apostar na formação e, conseqüentemente, no aumento de conhecimentos, sabendo que o sucesso passa por equipas devidamente treinadas e especializadas.

A intervenção da enfermagem nos cuidados de saúde tem como linha orientadora do exercício profissional, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, que define os princípios gerais da prática profissional dos enfermeiros, e o Código Deontológico do Enfermeiro, que descreve um conjunto de normas e comportamentos para a prática profissional. Além destes documentos, a formação do enfermeiro especialista encontra-se assente em dois regulamentos fundamentais, a designar, o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros

Especialistas, que normaliza os princípios comuns da atuação de todos os enfermeiros especialistas independentemente da área de especialidade, “(...) através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento N.º 124/2011), e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, que constitui um guia para o desenvolvimento de competências especializadas, dirigido para o cuidado à pessoa adulta em situação crítica (Regulamento N.º 140/2019). Importa descrever que o conceito de competência se refere ao conjunto de conhecimentos adquiridos na formação inicial e através da prática, descrito pela Ordem dos Enfermeiros como um “saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (Parecer N.º 10/2017, p. 2). Destaque para as competências específicas, entendidas como “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 124/2011, p. 3).

Dos enfermeiros especialistas espera-se que a sua conduta seja orientada pela reflexão crítica, pela evidência científica e que se reflita na excelência e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste processo de desenvolvimento de Competências Especializadas em Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, procurei, em cada estágio, refletir sobre a minha prática de cuidados, revitalizando a minha identidade profissional.

1.1. Análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido na aquisição, no desenvolvimento e na consolidação de competências

1.1.1 Unidade de cuidados intensivos/ intermédios

A área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, é abrangente e complexa, pelo que houve necessidade de se especificar a pessoa no contexto de intervenção, destacando-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento N.º 429/2018).

A pessoa em situação crítica é definida como

“Aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total “(Regulamento N.º 429/2018, p. 19359).

Assim, face ao exposto, e para cumprir o pressuposto de aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizou-se o estágio numa unidade de cuidados intensivos polivalente.

As Unidades de Cuidados Intensivos são dotadas de características peculiares e apetrechadas de recursos materiais e humanos com capacidade de dar resposta às necessidades da pessoa em estado crítico ou em risco de vida. Dispõem de assistência contínua, de enfermagem e médica, com equipamentos específicos.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), citado no Parecer 15/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ordem dos Enfermeiros: as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunções de órgãos,

suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.

O local de estágio selecionado para o módulo de UCI, pertence a um hospital na periferia de Lisboa, em funcionamento desde 2012, sendo constituído por duas alas, com a lotação de 10 unidades individuais de intensivos e 12 unidades individuais de intermédios. Das 10 unidades de intensivos, 2 dos quartos estão preparados para funcionar em isolamento com pressão negativa e existem 6 postos com instalação preparadas para realizar TSFR. Cada unidade encontra-se equipada com sistema de monitorização invasiva e não invasiva, rampas de oxigénio, ar comprimido, sistema de vácuo, e seringas infusoras. As unidades individuais da ala dos cuidados intensivos têm ventilador previamente preparado e testado. Neste serviço, polivalente, são admitidas pessoas provenientes do serviço de urgência, do bloco operatório e dos serviços de internamento médico e cirúrgicos do hospital. O serviço é ainda responsável pela equipa médica de emergência intra-hospitalar.

No início do estágio, elaborado o projeto, estabeleci como objetivos de estágio:

- Aprimorar a prática profissional, através do desenvolvimento de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver o juízo crítico e a tomada de decisão, perante a pessoa e família, na unidade de cuidados intensivos;
- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e a sua família, com necessidade de manutenção de dispositivos médicos no domicílio.

Para a concretização destes objetivos, procurei integrar-me na equipa multidisciplinar. Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por enfermeiros que, na sua generalidade, são graduados e peritos, o que vai ao encontro do parecer de Silva (2010), ao descrever as qualificações dos enfermeiros desta área, no envolvimento pela melhoria contínua, no domínio de novas

tecnologias, na participação e na autonomia. Os três elementos de gestão desta equipa, são enfermeiros especialistas. Dos quase sessenta elementos da equipa de prestação de cuidados, quatro são enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica e seis são especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Sobre esta matéria, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa Situação Crítica define que um dos elementos importantes na organização dos cuidados de enfermagem especializados é a “dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica” (OE, 2015, p. 7).

Perante um serviço caracterizado pela elevada diferenciação e com a exigência dos cuidados saúde inerentes, justifica-se a presença de enfermeiros especialistas. A presença destes é fulcral, pela diversidade de competências que têm, não só relacionadas com os conhecimentos tecnológicos, como também pelos conhecimentos de cariz científico, ético, deontológico e relacional.

O método de trabalho praticado no serviço é o de enfermeiro responsável, sendo a distribuição determinada pelo enfermeiro responsável de turno, no início deste, mediante as necessidades de cuidados de enfermagem apresentadas por cada pessoa.

Para dar cumprimento aos objetivos, inicialmente procurei conhecer o espaço físico, a estrutura, a organização e a dinâmica do serviço, bem como os recursos materiais existentes. Para tal, procurei orientação por parte do enfermeiro orientador, consultei normas e protocolos, e integrei-me nos instrumentos de registos de enfermagem (situação que foi facilitada pelo facto de deter experiência prévia com alguns destes instrumentos de registo).

A integração decorreu gradualmente. A ausência de experiência nesta área tornou-se num verdadeiro desafio, exigindo uma procura acrescida de conhecimentos, mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas e no contexto clínico anterior, bem como o acompanhamento do enfermeiro orientador

e de toda equipa. Outro desafio foi adquirir conhecimentos acerca do funcionamento dos equipamentos do serviço, uma vez que a vigilância e monitorização da pessoa é essencial numa UCI.

O trabalho reflexivo no início de cada turno, com o enfermeiro orientador, foi o método adotado, por meio do qual delineámos o plano de cuidados, face à avaliação da pessoa atribuída, planeámos intervenções e posterior avaliação. Carvalho et al. (2016, p. 691) refere que o “raciocínio clínico em enfermagem é essencial para um cuidado seguro e eficaz”. Os mesmos autores referem que o resultado das intervenções do enfermeiro só terão resultados adequados se o seu pensamento for o correto, daí considerarem que o “raciocínio clínico é uma função essencial da atividade em saúde” (p. 692). Tomei consciência de que este exercício é fundamental para a gestão de prioridades e crucial na identificação de situações de instabilidade hemodinâmica, na antecipação de sinais de instabilidade e na interpretação dos parâmetros de monitorização, gasométricos, analíticos e eletrocardiográficos.

Durante a permanência neste contexto clínico, uma pessoa com patologia crónica complexa com necessidade de prótese ventilatória com um interface invasivo, traqueostomia, que se encontrava num processo multidisciplinar de preparação e transição para o domicílio, foi foco de a atenção.

A transição de pessoas com doença crítica crónica das unidades de cuidados intensivos para o domicílio, com tecnologia de suporte ventilatório, é hoje uma realidade crescente. A contínua evolução nesta área e as crescentes exigências sociais e económicas sobre os serviços prestadores de cuidados de saúde são fatores impulsionadores desta realidade (Lewarski e Gay, 2007). O regresso a casa da pessoa dependente de ventilação mecânica exige o desenvolvimento de processos de adaptação à nova condição de saúde. As intervenções de enfermagem devem, por isso, visar o desenvolvimento de competências na pessoa e sua família, para que se adaptem à nova realidade, tornando-se, assim, o domicílio num ambiente seguro e gerador de bem-estar, garantindo a continuidade de cuidados que a nova situação

exige. Baseado nestas premissas e fundamentado na Teoria das Transições de Meleis.

Winck (1998) refere que a ventilação mecânica domiciliária pressupõe alta para o domicílio de uma pessoa dependente de ventilador para sobreviver. Engloba cuidados de saúde complexos, de alta tecnologia, que necessitam de organização e abordagem num sistema integrado, com responsabilidades partilhadas por uma equipa multidisciplinar e fatorial a vários níveis:

“Seleção de doentes para ventilação mecânica domiciliária; prescrição do ventilador e restante equipamento a ser utilizado; informação e treino do doente, familiares/outros apoiantes; informação da empresa distribuidora de energia; manutenção/assistência técnica do equipamento; fornecimento de material de consumo; assistência médica/enfermagem no domicílio; apoio social/económico; *follow Up* do doente.” (Winck, 1998 p. 479)

Segundo Ponce e Mendes (2016) o objetivo da ventilação invasiva é uma técnica comum na medicina intensiva, uma vez que permite reduzir o trabalho respiratório, através do uso de um ventilador específico e de um interface invasiva. Como descreve o autor, a ventilação mecânica invasiva é uma técnica essencial da medicina intensiva, o que, pensando na transição para o domicílio, se torna num processo complexo e desafiante para toda a equipa envolvida.

O contacto com esta experiência permitiu o desenvolvimento da competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e a concretização dos objetivos do projeto de estágio. O projeto de ensino, treino e capacitação da pessoa e família para adaptação a uma nova condição, na dependência de uma prótese ventilatória despertou o foco de cuidados, sendo desafiante e ambicioso, fui participante no processo de preparação e planeamento de cuidados para alta hospitalar. Foi definida a equipa multidisciplinar constituída por um médico, dois enfermeiros de referência,

nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. Esta equipa é responsável pelo acompanhamento, ensino, treino, avaliação e visita domiciliária. A participação de uma equipa multidisciplinar que inclui o tratamento farmacológico de base, o tratamento sintomático dos problemas associados e o tratamento de reabilitação, com o objetivo de prolongar a capacidade e independência funcional, visando a garantia da maior qualidade de vida possível, não esquecendo o apoio, suporte e a educação para a saúde aos seus cuidadores.

A equipa dispunha de uma folha de ensinamentos, que servia como instrumento de apoio e que foi desenvolvida internamente para responder à necessidade de uniformizar as capacidades que a família deve desenvolver, assim com à sua avaliação, assegurando, deste modo, a viabilidade no regresso a casa. Este instrumento, centrado essencialmente nos cuidados relacionados com a função respiratória, evidencia também a importância dos cuidados gerais, entre eles a comunicação, através do treino e uso das válvulas fonatórias e de outros equipamentos auxiliares de permeabilidade da via aérea, como *cough assist* e o aspirador de secreções.

Toda a preparação de uma pessoa com necessidade de ventilação mecânica no domicílio deve ser ponderada minuciosamente, e o enfermeiro deve constituir o elo na educação da pessoa, tal como preconizado no Decreto— Lei N.º 161/1996: REPE “Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.”

O Decreto— Lei N.º 161/96, conhecido como REPE (1996), inclui este papel de mediação com os recursos da comunidade, consignando que compete ao enfermeiro encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só por si. Assegurando os cuidados a uma pessoa/família, o enfermeiro assume o papel de mediação, o que determina que seja o elemento da equipa que, além de conhecer a pessoa, conhece os recursos da comunidade, movimentando— se com particular perícia entre as

instituições prestadoras de serviços domiciliários, orientando as necessidades de apoios técnicos e instrumentais, utilizando o conhecimento que detém sobre onde solicitar os recursos, ao que acresce a preocupação de contacto com o serviço de fornecimento de eletricidade.

Todo o acompanhamento, desde planeamento à concretização exige uma competência científica, técnica e humana, razão que justifica a inclusão de dois enfermeiros especialistas na equipa.

O enfermeiro deve desenvolver um plano de cuidados individualizado, sistematizado e resolutivo, que irá suprir as necessidades inerentes da pessoa com doença crónica complexa. Andrade (2009) refere que todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para o disponibilizar.

Ao longo da permanência na UCI, foi-se verificando que a pessoa apenas necessitaria de ventilação mecânica assistida durante o período noturno, ficando apenas com suporte de oxigenoterapia durante o período diurno, o que facilitou a comunicação, ensino e treino.

A comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva foi um desafio. A informação transmitida à pessoa garante o seu direito ao consentimento livre e esclarecido durante todas as intervenções realizadas, sobretudo porque a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em contexto crónico permanece consciente.

Na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, deve ser considerada: a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Na unidade de cuidados intensivos, o cuidar de pessoas com cateter vascular central ou submetidas a ventilação mecânica invasiva é amiudada. A norma N.º 021/2015 da Direção-Geral da Saúde, 2015, atualizada a 30/05/2017: “Feixe de Intervenções de Prevenção de

Pneumonia Associada à Intubação”; e a norma N.º 022/2015 da Direção-Geral da Saúde de assunto: “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central” devem estar presentes na prática dos profissionais.

No início do estágio, para desenvolver a competência “Maximiza a intervenção na prevenção 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” observei a equipa e identifiquei a necessidade de realizar uma formação acerca de “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise”, com o objetivo de capacitar os enfermeiros da UCI para intervenções de enfermagem efetivas: na manutenção do cateter venoso central para hemodiálise e no controlo e prevenção de complicações. Foi realizada em formato híbrido, com a participação de 29,49% de elementos do serviço (Apêndice VI).

Ainda no decorrer do estágio na UCI, surgiu a oportunidade de acompanhar um dos enfermeiros, especialista médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e o médico diretor clínico, sobre o plano de emergência interno e o “Plano Hospitalar de atuação em situações de emergência/catástrofe externa”, o que me sensibilizou para a importância da atuação coordenada e organizada dentro da instituição, para compreender quais os meios à disposição e para as práticas de simulacros — toda esta discussão foi importante para despertar a competência “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”.

As catástrofes e as ocorrências com um elevado número de vítimas são acontecimentos imprevisíveis, que levam a uma procura súbita de cuidados médicos de urgência e que podem esgotar os recursos hospitalares. Surge, então, a necessidade de preparar a capacidade de resposta e de estabelecer um plano – Plano de Emergência Externa – para fazer face a estas situações de exceção, com o objetivo

de melhorar a assistência hospitalar às vítimas de um acidente e/ ou catástrofe (DGS 2010).

O papel do enfermeiro em contexto de catástrofe ou de crise é mundialmente inquestionável. A *World Health Organization* e o *International Council of Nurses* (2009) reconhecem na enfermagem um conjunto de competências fundamentais na gestão de um cenário de crise, admitindo que “os enfermeiros desempenham um papel-chave nas situações de catástrofe e crise. Ao longo da história, os enfermeiros têm sido chamados a responder às necessidades individuais, de grupo e comunitárias em tempo de crise. Os enfermeiros são procurados pelas suas amplas capacidades na prestação de cuidados (por exemplo, no tratamento ou prevenção da doença), criatividade, adaptabilidade e liderança, em que as suas extensas habilidades podem ser aplicadas nos mais variados cenários de catástrofe” (p. 15).

Foi igualmente discutido o plano de segurança interno, caso este género de ocorrência aconteça no interior da própria UCI. Sousa (2012) acrescenta e reforça que, apesar da indeterminação destes eventos, é exigida uma permanente preparação para a sua ocorrência, mesmo que estes nunca cheguem a acontecer. A imprevisibilidade da sua natureza causa não só uma sensação de perda de controlo, como uma dificuldade na realização das tarefas de rotina. Daí o imperativo da existência de um guia orientador de ações coordenadas, que torne mais eficaz a resposta a situações excecionais (DGS, 2010). Assim, verificando-se que não existe um plano delineado e específico para UCI (formalizado), e que apenas se encontram definidos os espaços para onde transferir a pessoa em situação crítica e/ou em caso de situação de exceção, foi sugerida a elaboração de um “Plano de Emergência numa UCI”.

1.1.2 Unidade de Diálise

Este último módulo decorreu entre 26 de outubro e 16 de dezembro de 2022. Neste período, foram realizadas 16 horas de estágio de observação-participação que decorreram numa unidade de hospitalização domiciliária.

Os objetivos para este estágio foram definidos com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos objetivos do “Guia de Estágio Final e Relatório” do curso de Mestrado em Enfermagem Médico–Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa e no percurso realizado até ao momento.

Atendendo ao Guia Orientador de Boa Prática — Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, p. 14 (2016):

“Face ao contexto específico da intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, nomeadamente a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico, **recomenda— se** que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, pelo menos, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do enfermeiro especialista em **Enfermagem em pessoa em situação crítica** ou pessoa em situação crónica e paliativa.”

Deste modo, a escolha deste campo de estágio decorreu da vontade de fortalecer as competências técnicas, científicas, éticas e relacionais para aprimorar a minha prática diária, estando desperta para uma visão holística da pessoa dependente de TSFR. Benner (2001) defende que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de

trabalho. Segundo a autora para evoluirmos na prestação de cuidados, temos de dominar as nossas competências.

A pessoa submetida a TSFR sofre uma desestruturação do seu quotidiano, para se adaptar a uma nova condição com várias limitações. A intervenção dos profissionais de saúde é complexa e fulcral para uma resposta positiva na adaptação ao tratamento e adesão terapêutica exigindo, na minha perspetiva, uma competência e maturidade acrescida.

Assim delineei o projeto de estágio com seguintes objetivos:

- Aperfeiçoar a prática profissional, através da melhoria da técnica, procurando *guidelines* atualizadas;
- Capacitar para uma visão holística da pessoa, com necessidade de TSFR, e a sua família, no processo transição;
- Atender à prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos;
- Analisar o procedimento de atuação numa situação de exceção e a presença de equipamentos contra incêndio.

Segundo com Alarcão e Rua (2005) os estágios são momentos de observação e intervenção com os objetivos de desenvolver capacidades, atitudes e competências. Considerando que a realização deste trabalho e o percurso a ele associado têm como objetivo o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, tal como descrito anteriormente, usei como estratégias a observação e a reflexão sobre a prática de peritos no cuidar a pessoa com DRC, nomeadamente os enfermeiros orientadores.

A European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association delineou o perfil do enfermeiro de nefrologia, publicando um documento onde é referido que a própria complexidade da DRC exige uma prestação de cuidados que atenda a uma ampla variedade de necessidades físicas, sociais e psicológicas. Acrescenta que é necessário que os enfermeiros de nefrologia

adquiriram conhecimentos e desenvolvam habilidades que lhes permitam gerir os problemas de saúde impulsionadores e decorrentes da DRC com a pessoa, os seus familiares e a comunidade. Neste sentido, o compromisso do enfermeiro é proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado (EDTNA/ERCA, 2018).

A mesma associação defende que o enfermeiro perito em nefrologia deve perfilar— se como conselheiro e agente de mudança, investigador, estimulador de tal forma que deverá promover a melhoria da qualidade tanto na vida das pessoas como nos contextos dos serviços de saúde, podendo estes incluir: centros de hemodiálise, unidades de diálise peritoneal, unidades de transplante renal, unidades de cuidados intensivos, enfermarias e serviços na comunidade, entre outros (EDTNA/ERCA, 2018).

A unidade de diálise do hospital em questão encontra— se localizada no hospital de dia médico e funciona de segunda-feira a sábado, atualmente no horário entre as 7:30 e as 20:00 horas. Presta assistência a pessoas com necessidade de TSFR, em regime de ambulatório e internamento.

As técnicas dialíticas disponíveis na unidade incluem: hemodiálise de baixo e alto fluxo, hemodiafiltração *online*, hemofiltração. São, também, realizados tratamentos de *plasmaférese* e hemoperfusão. As técnicas contínuas e híbridas são realizadas na UCI.

A unidade de diálise é constituída por:

- Sala com 15 unidades individualizadas de tratamento, duas das quais reservados a pessoas que necessitem de isolamento de contato;
- Sala de monitores dedicados para pessoas portadoras doenças infectocontagiosas (VHB e VIH);

- Sala de pequena cirurgia (colocação e tunelização de CVC para hemodiálise e biópsias renais);
- Sala de recobro (pós-procedimento, profilaxia nefroproteção, vigilância ou administração de terapêutica em regime de hospital de dia);
- Sala de tratamento de águas;
- Gabinetes médicos;
- Sala de apoio a pessoa em DP.

Todos os postos de hemodiálise são providos de terminais de vácuo e de oxigénio. Os monitores utilizados são *Fresenius*® 5008, e um monitor Multifiltrate (*Fresenius*®). Existem postos com monitorização cardíaca, em situações de maior instabilidade clínica.

A equipa é constituída por médicos da especialidade de nefrologia, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista, assistente social e pessoal administrativo.

A prevalência de pessoas com DRC em programa de TSFR tem aumentado significativamente. Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em Portugal existem cerca de 20 mil pessoas neste estágio terminal da doença, das quais 12.500 em hemodiálise, cerca de 800 em diálise peritoneal e as restantes transplantadas. Já em diálise, a própria SPN dispõe de um registo público onde tanto a incidência como a prevalência da DRC em estágio V² com necessidade de TSFR é elevadíssima, sendo uma das mais altas de toda a Europa. Segundo os dados apresentados pela Sociedade Portuguesa Nefrologia, no Encontro Renal de 2022, em 2021: “2612 novos doentes iniciaram TSFR, (dos quais 2240 iniciaram HD, 255 DP,

² Para uma abordagem uniformizada a nível mundial e potencializar os resultados dos cuidados à pessoa com doença renal crónica, foi dividida em cinco estádios de evolução. Este estadiamento traduz a lesão renal existente, sendo que o quinto estágio pressupõe a necessidade de iniciar uma TSFR. Esta classificação da doença facilita a monitorização da função renal e consequentemente, a aplicação de diretrizes clínicas que direcionam os cuidados com o intuito de melhorar a qualidade na avaliação e gestão da doença (NKF, 2002, p. 43 – 44).

102 tratamento conservador e 15 foram submetidos a transplante renal em *preemptive*". Verifica-se um aumento da incidência de 6,14%, comparativamente ao ano de 2020. Face ao descrito, assumo que a educação para a saúde é, nas diferentes áreas de prestação de cuidados e ao longo do ciclo da vida, uma das dimensões mais presentes no exercício profissional dos enfermeiros.

A prevalência da DRC encontra-se associada a outras patologias como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, sendo a diabetes a principal causa de insuficiência renal terminal no mundo ocidental (SPN, 2021). Esta associação, influencia o dia-a-dia das pessoas, na medida em que condicionam o seu bem-estar fisiológico, psicológico e social (Chamney, Pugh— Clarke, e Kafkia, 2009). Neste sentido, o cuidado à pessoa com DRC, torna-se complexo, e as suas comorbilidades devem ser valorizadas, pois causam impacto na forma como decorre o tratamento, e na gestão do regime terapêutico, assim como na qualidade de vida e ao nível de morbidade e sobrevivência (Khan, 1998; Fraser et al., 2015).

Também Thomas (2002) defende que, para a grande maioria das pessoas com DRC, a perda da função renal é apenas mais um elemento a somar a outros já existentes para a limitação do seu estado de saúde. Uma vez instalada a doença, é necessário recorrer a um tratamento contínuo que permita a substituição da função renal. Os tratamentos possíveis para manutenção da vida da pessoa englobam o tratamento conservador, o transplante renal ou as terapias de substituição da função renal, incluindo as técnicas dialíticas como a HD e a DP, que permitem, com recurso a equipamento adequado, a filtração e eliminação de substâncias tóxicas e o excesso de água que se acumulam no organismo (Thomas, 2002).

A HD, caracteriza-se como uma técnica depurativa, responsável pela remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável. As técnicas usadas em HD têm sido alvo de grande evolução, tornando— se cada vez mais aprimoradas, dando origem a um conjunto de métodos altamente eficientes na eliminação dos metabolitos habitualmente excretados pelo rim (Thomas, 2002). A

transição da pessoa com DRC para TSFR e as alterações inerentes à sua nova situação provocam, na sua vida e da família, uma série de modificações, por vezes, drásticas, às quais precisam de se adaptar (Sturesson e Ziegert, 2014). As dificuldades de adesão ao tratamento estão tipicamente relacionadas com a não aceitação da doença, com a alteração da perceção de si próprio, assim como com a alteração do relacionamento interpessoal com familiares e com os seus pares em ambiente social (Bisca e Marques, 2010).

É entendimento da EDTNA/ERCA (2018) que, nos cuidados à pessoa com DRC e a sua família/cuidador, o compromisso do enfermeiro deverá ser o de proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado. De igual forma, a OE (2012) expõe a readaptação funcional nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo o ensino, a instrução e o treino elementos importantes a considerar face à readaptação funcional.

Para a pessoa que vivência as dificuldades e repercussões inerentes ao início de uma TSFR, a equipa de saúde representa muitas vezes o suporte para a procura de respostas aos seus problemas. Por isto, é fundamental que a relação desenvolvida entre a pessoa, família e a equipa de saúde seja de extrema proximidade, dada a sua importância no processo de transição (Araújo, 2013). Benner (2001) salienta que um enfermeiro perito é capaz de conduzir a sua atuação, com base na interpretação e compreensão que cada pessoa tem da sua situação e do seu próprio saber. Assim, o enfermeiro deve procurar a perspetiva da pessoa que cuida, a sua compreensão face à doença no seu contexto social, e preservá-la durante todo o processo.

Como descrito anteriormente, segundo Meleis et al., (2010), os enfermeiros podem influenciar processos de transição, se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. A prestação de cuidados a pessoa com DRC em TSFR tem de ter, sempre, em consideração o processo de transição que a pessoa está a vivenciar. A obtenção de resultados e uma vivência segura e eficaz deste processo são os

principais objetivos. Neste contexto, face à necessidade de apoio nos processos de transição, o desafio para os enfermeiros será compreender este processo e desenvolver intervenções, com vista a promover a estabilidade e sensação de bem-estar. É, assim, fundamental o desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros, as quais visem apoiar as pessoas a vivenciar processos de transição, através de intervenções ajustadas às necessidades dos mesmos (Abreu, 2008).

O cuidado à pessoa com doença renal com necessidade de TSFR deve, por isso, ter objetivos como: maximizar a adesão, melhorar a sua qualidade de vida e otimizar os ganhos em saúde (National Kidney Foundation, 2002).

Em suma, face ao exposto, os cuidados de enfermagem prestados não devem apenas ser avaliados pela competência na preparação de uma máquina de diálise ou pela capacidade de punção de um acesso arteriovenoso. É necessário que o foco da enfermagem contemple também um conjunto de competências necessárias para prestar apoio, aconselhamento e intervenções, com vista a uma transição eficaz da pessoa e família no processo de doença (Thomas, 2002). Ran e Hyde, já em 1999 sublinham a importância dos enfermeiros que cuidam de pessoas em HD, que devem olhar para além da tecnologia, fortemente relacionada com a técnica, e desenvolver uma abordagem mais holística da pessoa com DRC. Por sua vez, Minn (2014) acrescenta que o enfermeiro deve desenvolver a sua intervenção para atuar em áreas como prevenção de infeção, promoção do autocuidado, educação das pessoas e família, gestão da dieta e promoção de um ambiente confortável.

Ao longo da permanência na sala de hemodiálise, foram várias as ocasiões de prestação de cuidados à pessoa que inicia um programa regular de HD. Na generalidade, pude constatar a incerteza e sentimentos como medo, a insegurança e desconhecimento quase do total deste processo de transição.

Quando a pessoa já conhece a sua doença renal crónica, em estágio IV onde se adivinha a TSFR, a pessoa é encaminhada para *consulta de técnica* (designada pela DGS na norma N.º 017/2011 de consultas de opções de modalidades terapêuticas),

acompanhada sempre por um familiar. Esta consulta é realizada pelo enfermeiro, um dos especialistas da unidade, sendo evidenciada preocupação pela natureza social, profissional e familiar da pessoa, explicando cada uma das TSFR, para promover um plano de cuidados para uma transição eficaz.

A Norma N.º 017/2011, emitida pela Direção-Geral de Saúde, refere as consultas de opções de modalidades terapêuticas. Tem como principal objetivo explicar à pessoa e à sua família quais as TSFR disponíveis, ajudando a pessoa a decidir qual será a melhor opção para a sua situação, tendo em conta as suas características pessoais, os seus antecedentes de saúde e as suas próprias necessidades. No entanto, a meu ver, este é um momento em que a pessoa é “bombardeada” com informação, que, na maioria das vezes não é compreendida. Por isso, na minha opinião, embora a consulta seja importante, é apenas o início de todo um processo contínuo de apoio, acompanhamento e esclarecimento. Na prática quotidiana, quando a pessoa em HD, nos chega, na maioria das vezes já se encontra a realizar técnica de HD o medo, as dúvidas e os receios são evidenciados, pelo que é importante manter o acompanhamento e o programa de educação.

Quanto à importância de ser o enfermeiro especialista a realizar a consulta, ressalve-se que este possui competência para a identificação das necessidades individuais de cada pessoa, proporcionando meios de atendimento que procurem uma melhor adaptação ao tratamento, para garantir uma melhor qualidade de vida (Bisca e Marques, 2010). É da responsabilidade dos enfermeiros promoverem uma educação adequada e tão completa quanto possível, para que a pessoa e sua família possam tomar decisões adequadas e ter um papel ativo nas suas decisões de saúde (Chamney et al., 2009).

Atendendo à Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina no seu artigo 5.º, estabelece como regra geral que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada

quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos” (1997, p. 3, 4). Assim, esta consulta é essencial para explicar os procedimentos associados às TSFR.

A participação nesta consulta permitiu, mais uma vez, desenvolver a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento N.º 429/2018) e atingir o meu objetivo “Capacitar para uma visão holística da pessoa, com necessidade de TSFR, e a sua família no processo transição”. Afirmando, refletindo na minha prática, que permitiu um despertar para determinados comportamentos indicadores de possível compromisso do bem-estar das pessoas que assisto.

Enquanto que a HD é uma técnica habitualmente efetuada em clínicas (ou hospitais), a DP é realizada pelos próprios ou cuidadores nas suas casas. Esta é uma característica particular desta técnica, da qual decorre uma maior autonomia da pessoa, reduzindo significativamente as deslocações para o centro de diálise, bem como os custos inerentes (François e Bargman, 2014). Outras vantagens têm sido associadas, como as relacionadas com a manutenção da diurese residual, menor restrição alimentar, “poupança” de acessos vasculares, melhor controlo da tensão arterial e da anemia (Daugirdas, 2021).

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a DP é, pelas suas características, uma diálise domiciliária, pelo que não dissocia a pessoa do seu ambiente, sendo necessário compreender todos os fenómenos que envolvem a pessoa, para identificar os focos de atenção para a prática de enfermagem, diagnósticos e as intervenções, destacando-se os seguintes critérios: a aceitação do estado de saúde; tomada de decisão; medo; ansiedade; risco de infeção; cansaço; obstipação; imagem corporal; adaptação; adesão e gestão do regime terapêutico; aprendizagem; autocuidado; estilos de vida; processo família e o processo social.

A formação, educação e apoio à pessoa em DP constituem a chave para o sucesso, numa equipa integrada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e dietistas, e em que os enfermeiros constituem os principais profissionais, responsáveis, no ensino e gestão do tratamento em casa. Além de um conhecimento profundo dos aspetos médicos e técnicos da diálise, educar e apoiar a pessoa, muitas vezes por telefone, exige experiência e uma visão antecipada.

A DP é uma técnica em que se afigura como necessário um período preparatório, habitualmente designado por treino ou ensino, preferencialmente realizado por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Segundo o Regulamento N.º 140/2019, a atuação do enfermeiro especialista envolve dimensões da educação da pessoa e inclui a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. É através do ensino, que a pessoa e família/cuidador se tornam autónomas na gestão dos aspetos relacionados com a execução do tratamento. Antes do início da DP em casa, é essencial um processo de educação efetiva, estando o sucesso dependente da abordagem de ensino adotada. O enfermeiro tem de ser capaz de adotar diferentes abordagens e técnicas de ensino, adaptando-as à pessoa que os recebe (Riemann e Casal, 2009).

Outro aspeto fulcral para o sucesso da DP tem a ver com os cuidados com o controlo de infeção, tal como acontece na sala de HD. A infeção constitui uma das principais complicações na pessoa em DRC, podendo representar um aumento da morbilidade, com consequentes internamentos e administração de antimicrobianos, bem como um risco de aparecimento de microrganismos multirresistentes (Pina, 2010).

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma preocupação e uma prioridade para as políticas de saúde e para a saúde pública, pois constituem o maior problema relacionado com a segurança da pessoa. A *World Alliance for Patient Safety* prioriza a segurança da pessoa e, assumindo que as IACS constituem um

problema atual que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, em 2005 foi criado o primeiro desafio no âmbito da segurança: “*Clean Care is Safer Care*”. A mensagem fulcral da campanha é “medidas simples salvam vidas” (OMS, 2005, p. 10), lançando, assim, as *guidelines* para a higienização das mãos como a medida mais simples, económica e acessível nos vários contextos de prestação de cuidados, mundialmente (OMS, 2005; Despacho N.º 10901/2022).

Atendendo ao pressuposto “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” na Norma N.º 029/2012, atualizada em 2013 a DGS define PBCI como: “Práticas básicas de prestação de cuidados, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes” (p. 10), tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS. Devem ser aplicadas independentemente de se conhecer o estado infeccioso. “As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde” (DGS, 2013, p. 10). A mesma norma descreve o papel dos dirigentes na implementação das medidas necessárias à implementação das PBCI. A existência de sistemas e recursos para a implementação e vigilância e a necessidade de formação dos profissionais, são pontos essenciais para a aplicação da norma.

Pina (2010, p. 33) defende que: “só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infeção e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efetiva dos doentes”.

A EDTNA (2007) designa as competências relacionadas com o cuidado à pessoa com DRC abordando as diferentes TSFR. Focalizando o tema prevenção e controlo da infeção, as competências descritas são: cuidados relacionados com o acesso para diálise (apoio à pessoa antes e depois da colocação de acesso venoso ou cateter

peritoneal, prestar cuidados após a colocação do acesso para diálise e educar a pessoa e a família para os cuidados com o acesso); manutenção de competências e habilidades para priorizar cuidados; e auxiliar a pessoa a reconhecer e atuar na presença de sinais e sintomas de infecção. Especificamente relacionado com os cuidados em HD: administrar o tratamento de HD; monitorizar e otimizar o tratamento; rever com a pessoa como decorre o tratamento e otimização do acesso venoso para a administração do tratamento. Nestas competências, as medidas de prevenção e controlo de infecção são entendidas como uma prioridade. Na nefrologia, o enfermeiro desenvolve um conjunto de habilidades que lhe permite atingir qualidade de cuidados relacionados com a prevenção e controlo da infecção. É detentor de conhecimentos para diagnosticar, implementar, monitorizar e zelar pelo cumprimento das práticas do quotidiano, respeitando a mais atualizada evidência científica (EDTNA, 2007).

Face ao exposto, analisei atentamente os procedimentos instituídos e observei a execução dos mesmos pelos colegas em sala de hemodiálise, bem como os comparei com procedimento de conexão e desconexão da pessoa em hemodiálise e com as *guidelines* estudadas. Verifiquei que, geralmente, os colegas são cumpridores das PBCI, usando material adequado, tendo disponíveis kits “on/off” que permitem a realização dos procedimentos em segurança. No entanto, foi discutida com o enfermeiro orientador e o enfermeiro chefe, uma prática incorreta, a desinfecção e preparação dos monitores para o turno seguinte, quando a pessoa ainda se encontra a realizar a hemóstase. Ambos compreenderam a importância da correção deste procedimento, que foi alterado pela equipa.

Na DP, a insistência e persistência do ensino dos momentos e passos de higienização das mãos à pessoa e a família durante a técnica é fulcral para o sucesso da mesma. Reconheço um trabalho árduo e contínuo. Aquando das consultas de reavaliação, é pedido para a pessoa realizar a higienização das mãos e descrever o procedimento, assim como para trazer uma amostra do líquido efluente, para avaliação das

características. Da mesma forma, a pessoa é alertada para sinais de alteração do orifício, dor ou alteração do líquido de efluente, circunstâncias em que deve contactar imediatamente o hospital.

A equipa de DP deste hospital tem em mãos o projeto de acompanhamento/visitação domiciliária à pessoa sob técnica DP, que será vantajoso e uma mais-valia no acompanhamento e prevenção de complicações. O ambiente de ensino no hospital, em tudo difere do ambiente domiciliário da pessoa. Este acompanhamento, fica aquém, quando apenas um enfermeiro da empresa externa do fornecimento de material acompanha o primeiro tratamento no domicílio.

Face ao descrito, demonstro o trabalho realizado no desenvolvimento da competência “Maximiza a intervenção na prevenção 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” (OE, 2018), assim como atingir o objetivo “Atender à prevenção e controlo de infeção e resistência antimicrobianos”.

Da mesma forma, tendo presente a competência “O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima”, preocupei-me em verificar as saídas de emergência e o posicionamento de dispositivos contra incêndio. Verifico, assim, que a sala de HD tem duas portas de emergência com saída diretamente para o exterior, bem como existem uma mangueira e um extintor no interior da sala. O hospital tem um Plano de Segurança Interno, e todos os anos os colaboradores das áreas clínicas e não clínicas têm a obrigatoriedade de realizar uma formação especial de segurança, de modo a serem capazes de descrever/conhecer, de forma geral, o Plano de Emergência Interno e agirem de forma eficaz em caso de emergência e em conformidade face à situação, operando com todos os sistemas e equipamentos de segurança necessários.

Durante o mês de outubro, respectivamente, o Hospital realizou dois simulacros: um simulacro de incêndio e um simulacro do plano de emergência externa 2002. Segundo o plano de emergência, a realização de exercícios de simulação de incêndio ou de outras emergências, tem como objetivos: o treino do pessoal do hospital nos procedimentos de atuação em caso de emergência, complementando a formação ministrada; e testar o plano de segurança, em particular os procedimentos de atuação estabelecidos para fazer face a situações de emergência; e testar a coordenação entre a organização de segurança do edifício e os bombeiros, bem como outras forças de socorro e de segurança. A realização de exercícios de simulação terá uma periodicidade anual. Os cenários idealizados para a realização destes exercícios de simulação serão o mais realistas que forem possíveis de implementar (Plano de Segurança do Hospital X ,2022).

Num dos períodos de estágio, acompanhei o enfermeiro-chefe, com quem troquei informações acerca do plano de emergência interna e dos procedimentos a adotar. Em caso de uma emergência externa, a sala de hemodiálise é considerada um espaço em situação de triagem de multivítimas, de amarelo/laranja, onde poderão permanecer pessoas com necessidade de ventilação mecânica, visto que todos os postos têm rampa de oxigênio e ar comprimido.

1.1.3 Unidade de Hospitalização Domiciliária

A experiência num internamento de Medicina e Especialidades Médicas, reconheço como uma sensação única a de prestar cuidados no real ambiente de cada pessoa, compreendendo quais as suas verdadeiras dificuldades e quais os meios e recursos que possui, promovendo uma recuperação da funcionalidade verdadeiramente adaptada à pessoa. Perante muitas das situações que vivenciei em internamento, imaginei como seria, se esta pessoa estivesse no seu domicílio — provavelmente, continuaria a andar com o seu andarilho; provavelmente, utilizaria a casa de banho promovendo a sua continência e utilizando menos o dispositivo de absorção;

mobilizar-se-ia sem estar dependente de rotinas de enfermagem; talvez aquela infecção associada aos cuidados de saúde não acontecesse...A todas estas reflexões se deve o meu interesse e curiosidade por esta temática.

São descritos vários benefícios do internamento na UHD, relativamente ao internamento hospitalar convencional, tais como a redução do tempo médio de internamento, a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde, a promoção da funcionalidade das pessoas e o envolvimento da família na prestação dos cuidados, a centralização do plano de cuidados na pessoa e o aumento do conforto e do bem-estar da pessoa e dos seus familiares (Despacho N.º 12333/2019; Mariano et al., 2021).

A Unidade de Hospitalização Domiciliária situa-se no piso 0 do edifício central do hospital, em local próprio, com uma sala de reuniões, uma sala do coordenador, uma sala de trabalho, que serve também de armazém ao material de consumo diário e a malas de urgência/ malas de transporte, e uma sala de sujos. Esta unidade possui ainda quatro automóveis. A equipa é constituída por oito enfermeiros, dos quais um é enfermeiro-coordenador, nove médicos especialistas em Medicina Interna (sendo uma a diretora clínica), um assistente técnico, um técnico de assistência social, um farmacêutico, um nutricionista e um administrativo. Funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano com o horário presencial das 7 às 0 horas (e, em regime de prevenção das 0 às 7 horas).

A hospitalização domiciliária define-se como alternativa ao internamento convencional, que proporcionando assistência médica e de enfermagem de modo contínuo e coordenado àquelas pessoas que, requerendo admissão hospitalar com diagnóstico médico definido em contexto de urgência, cumprem também uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos (a que se juntam o acordo e a vontade da pessoa e da sua família), cumprindo, deste modo, o algoritmo de admissão, figura 1 (Cunha, 2017; DGS, 2018).

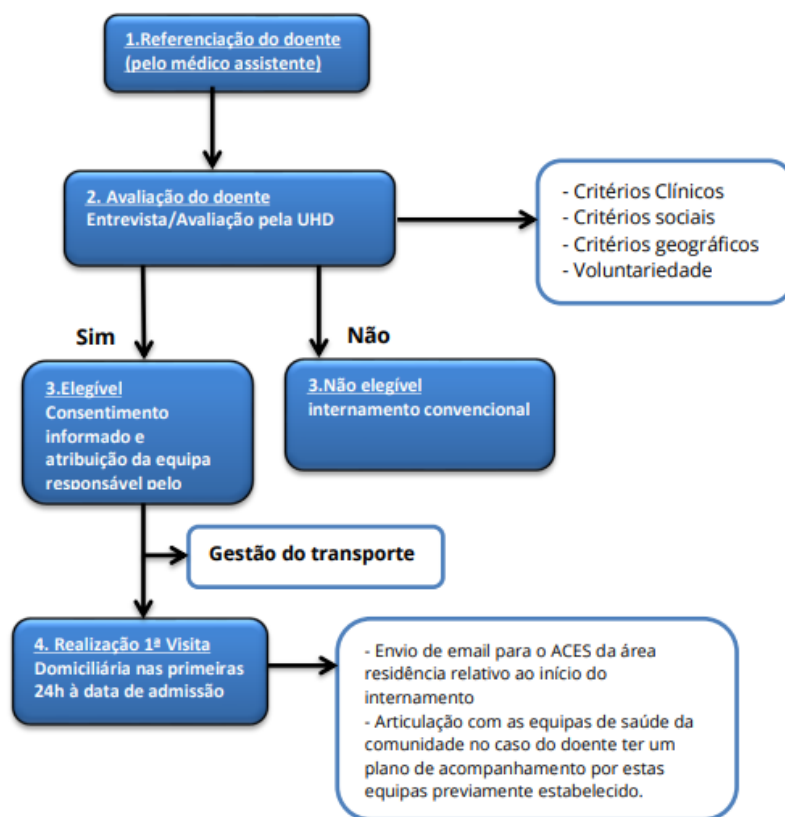


Figura 1 — Fluxograma de admissão na UHD (Norma N.º 20/2018 – DGS)

Este modelo de internamento, segundo o enfermeiro coordenador, cumpre cinco princípios fundamentais: “voluntariedade na aceitação do modelo, igualdade de direitos e deveres, equivalência da qualidade dos cuidados, rigor na admissão e seguimento clínico da pessoa, humanização de serviços e valorização do papel da família”.

No início da UHD “X” a referenciação provinha maioritariamente serviço de urgência. No entanto, percebeu-se que na maioria dos casos era precoce, não existindo diagnóstico definido, o que levava ao regresso da pessoa ao hospital, por agudização do seu estado. Atualmente, a referenciação é maioritariamente proveniente das unidades de internamento.

A referenciação é realizada por via de e-mail, sendo previamente realizada uma avaliação social, pela assistente social, seguida de avaliação médica e posteriormente, de enfermagem. Basta um destes elos, referir que não são cumpridos requisitos normalizados, para que a pessoa não seja admitida na unidade. Após decisão clínica e aceitação por parte da pessoa, é realizada uma entrevista, no contexto hospitalar, na presença de um familiar ou cuidador, condição essencial para a continuidade deste modelo de hospitalização.

É, então, explicado todo o processo da hospitalização domiciliária, planeada a transferência para o domicílio e fornecida a terapêutica necessária para as primeiras 24 horas, bem como confirmada a adesão terapêutica, assim como são fornecidos os contactos do serviço e garantida toda a rede de apoio. É também explicado que, em caso de agravamento da situação, é a UHD que garante todo o processo de regresso ao hospital.

Ao longo deste período, foi-me dada a oportunidade de realizar a visita e a avaliação da pessoa e família no seu ambiente. Na primeira experiência, são evidenciados o respeito e a forma como a equipa de saúde é recebida, notei a atenção com que somos ouvidos — o tempo em que permanecemos na casa da pessoa é exclusivo dela, não há interrupções, não há alarmes, campainhas ou desvios de atenção, o que permite um tempo efetivo de cuidados de enfermagem muito superior ao de uma enfermaria. A atenção é apenas para aquela pessoa e a sua família.

O enfermeiro está na casa da pessoa, onde tem de considerar a própria cultura, as crenças, os valores e a qualidade de vida que a pessoa tem. Tal como Leiniger propõe na sua Teoria Transcultural, o cuidado deve ser holístico, com a intenção sempre bem estruturada de conhecer e respeitar a cultura da pessoa, para alcançar o resultado ambicionado (Leiniger, 1991).

A partilha de conhecimento, tanto com os enfermeiros como com os médicos, foi uma constante, o que também promoveu o desenvolvimento enquanto pessoal e

profissional. Posso considerar que estas 16 horas muito enriquecedoras. Guardo a sensação de que, perante um turbilhão de condicionantes económicas e sociais, além das repercussões de um Serviço Nacional de Saúde desgastado, estes cuidados holísticos e humanizados são a esperança propulsora de que podemos fazer mais e melhor.

Ao falar de humanização dos cuidados, Sanches et al. (2016), refere que esta expressão, representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados de saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento e o respeito ético e cultural pelas pessoas doentes, bem como visa proporcionar espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e das respetivas pessoas — embora o seu trabalho aborde a perceção dos profissionais numa unidade de cuidados intensivos, penso que podemos replicar para outros contextos, nomeadamente o da hospitalização domiciliária.

Um exemplo simples: através da visita domiciliária, é permitido identificar toda a medicação existente no domicílio da pessoa, possibilitando uma gestão segura da mesma, algo que, numa enfermaria, não acontece. Numa pessoa com diabetes Mellitus, num momento de refeição, conseguimos perceber o regime dietético, sendo o ensino dirigido à pessoa e ao seu familiar/cuidador, o qual, na maioria das vezes, é o gestor das refeições.

A visita é realizada diariamente. Nela, além da administração terapêutica, a pessoa é monitorizada e avaliada, são despistados sinais e sintomas de agravamento da situação, detetados sinais de gravidade que exijam reavaliação. É sempre mantido o acompanhamento do próprio e do familiar.

No Despacho N.º 12333/2019 declara-se

“A hospitalização domiciliária (...) apresenta resultados muito positivos ao nível da inovação e da modernização do SNS, revelando — se um

modelo potenciador de uma melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da redução das complicações inerentes ao internamento convencional e da envolvência psicossocial do doente durante o período de internamento, permitindo uma maior humanização dos cuidados, através da participação ativa da família e de outros cuidadores, com ganhos em eficiência e em qualidade” (p. 76).

Ressalve-se que a família assume um compromisso, a tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (Hanson, 2005). Mais uma vez, como já referido ao longo do relatório, a Teoria de Meleis (2010) revela que a família surge como um recurso essencial perante a pessoa que vivência um processo complexo de transição.

Esta UHD, apresenta um sistema de monitorização remota. Os *kits* permitem avaliar a tensão arterial, a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio, possuindo um glicómetro, uma balança, um sensor de queda, um botão de pânico com GPS, e um *tablet* para realização de videochamadas. Nos dias em que estive presente, nenhuma pessoa internada possuía o *kit*, mas foi muito utilizado durante a pandemia, revelando-se um instrumento útil, que permitiu a deteção precoce de complicações. Mais uma vez, se evidencia um aproveitamento da evolução da tecnologia. No entanto, há limitações: por exemplo, não é passível de ser utilizado por quem não tenha acesso à Internet.

Segundo ACSS (2020), em Portugal, o SNS tem apostado, nos últimos anos em constituir a família e a comunidade como parceiros ativos na prestação de cuidados.

Cuidar da pessoa no seio da sua família, configura-se, hoje, não apenas como um meio de dignificação da pessoa, mas também de obtenção de resultados positivos, no contexto do processo de cuidados. Esta opinião é reforçada por Wright e Leahey (2009, p. 1), quando afirmam que “as enfermeiras têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde”. As mesmas autoras referem que a evidência teórica e prática, assim como o significado da família para a saúde e o bem-estar da pessoa com a doença, “impele e obriga as

enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem". Presentemente, torna-se imperioso alterar a definição de prestação de cuidados de saúde centrada no antigo paradigma do "tratamento da doença", para outra mais focalizada no "bem-estar da pessoa" e da sua família.

As mesmas autoras supracitadas vão mais longe, na medida em que referem que os enfermeiros elaboram teorias, conduzem investigações, incluem mais as famílias nos cuidados de saúde e modificam os seus padrões usuais de prática clínica. Acrescentam que a implicação desta mudança, na prática surge com a necessidade de se tornarem mais competentes na avaliação e na intervenção com as famílias, através de relacionamentos colaborativos recíprocos.

Deste modo, os enfermeiros têm de assegurar um cuidar efetivo, que promova a saúde e o crescimento individual e familiar, tal como preconiza Watson (2002), um cuidar profissional com competências profissionais, que passem pelas relações interpessoais, implicando a família nos cuidados e voltando a inserir a pessoa na sua família.

O controlo de infeção é primordial nos cuidados prestados e, tal como no internamento hospitalar, na unidade de UHD, deverá existir o estabelecimento de uma rota de transporte e recolha de resíduos. De acordo com a DGS (2018), deverá ser, igualmente, feita a desinfeção do material transportado para o domicílio, que não seja para uso único. Ao cuidador e à pessoa, deverão ser facultados ensinamentos sobre controlo de infeção. A medicação e condições de armazenamento no domicílio são um foco de atenção para os profissionais, pois é necessário manter as características da terapêutica (DGS, 2018).

Tenho consciência de que muito tinha a explorar e trabalhar com a equipa da UHD. Este novo modelo encontra-se embrionário, mas com forte capacidade de se afirmar e conseguir dar respostas mais abrangentes. Percebi que esta equipa é ambiciosa e tem orgulho no seu trabalho, por sentirem que dá uma resposta eficaz na prestação de cuidados às pessoas e às suas famílias. Assim, a meu ver, a UHD exige

profissionais com competências especializadas, com uma responsabilidade acrescida, no que diz respeito à promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

2. Hospitalização domiciliária: uma realidade na intervenção do enfermeiro: *scoping review*

Neste capítulo, é apresentada a revisão de *scoping*, realizada sobre o tema: “A intervenção do enfermeiro numa unidade de hospitalização domiciliária.

2.1. Notas históricas: o que é a hospitalização domiciliária

A hospitalização domiciliária (*home care*) surge em 1947, nos Estados Unidos da América, como extensão do hospital, no intuito de aliviar os hospitais após a II Guerra Mundial e proporcionar um ambiente mais humanizado à pessoa. Desde então, várias são as experiências deste tipo por todo o mundo, com estruturas e procedimentos adaptados a cada sistema nacional de saúde. Em 1987, no Canadá, a hospitalização domiciliária surge como experiência-piloto, no contexto da administração e controlo de antibioterapia endovenosa no domicílio em pessoas com doença aguda. Na Europa, data de 1957 a primeira unidade de hospitalização domiciliária, em França. Após uma década, expande-se para outros países europeus: Reino Unido, Suécia, Alemanha e, na década de 80 em Itália e Espanha. No entanto, é na atualidade que assume maior visibilidade (Mitre Cotta et al., 2001).

O desenvolvimento da hospitalização domiciliária na Europa tem sido muito irregular, tanto ao nível quantitativo como qualitativo, levando a que, em 1996, o Conselho Europeu da Organização Mundial da Saúde procedesse a um programa específico, o “*Hospital to Home Health Care*”, no intuito de promover, uniformizar e registar, de forma mais adequada, este modelo de cuidados de saúde de nível hospitalar à pessoa com doença aguda (Mitre Cotta et al., 2001).

A alteração a que se tem assistido no perfil demográfico e epidemiológico da população, patenteada no envelhecimento progressivo e no aumento da esperança média de vida, tem como consequência o aumento das despesas com os cuidados de saúde, a sobrelotação dos hospitais e complicações associadas aos internamentos, tornando-se num desafio ao nível dos sistemas de saúde mundiais — e Portugal não é exceção (OPSS, 2019). As unidades hospitalares têm sido, constantemente e ao longo dos tempos, o local preferencial para a gestão de situações de doenças agudas, mas também crónicas, aquando da sua agudização (Escoval et al., 2010). Contudo, por uma questão de sustentabilidade e escassez de recursos, verifica-se uma necessidade crescente de descentralização destes cuidados (que se iniciam, frequentemente, nos hospitais) para a comunidade e para o domicílio (Regge et al., 2017).

Desta forma, a UHD surge como resposta a estas necessidades, uma vez que permite que a pessoa receba cuidados na sua própria casa, iguais em qualidade e quantidade aos prestados no hospital, reunindo, assim, os critérios clínicos, sociais e geográficos, e sempre de acordo com a vontade das pessoas e da sua família (Cotta et al., 2001).

No entanto, o Relatório Primavera 2022, é necessário “delinear um sistema de monitorização e de avaliação das respostas de domiciliação de cuidados existentes. Consequentemente, será necessário definir e construir indicadores de resultados e de custos destes cuidados que permitam aferir e acompanhar continuamente a relação custo-benefício” (OPSS, 2022, p. 56).

A hospitalização domiciliária é entendida como um recurso, englobando serviços de enfermagem, médicos e de reabilitação, cujo objetivo é evitar a admissão hospitalar ou facilitar a alta precoce, que oferecendo intervenções complexas, agudas e de curto prazo no domicílio, visando substituir a hospitalização total ou parcialmente (UECY, Pryor GA & Parker MJ, 2017).

Materializa-se como uma alternativa ao internamento em meio hospitalar, contribuindo para o aumento da satisfação das pessoas, a melhoria da qualidade de vida e a redução dos custos, sem acrescentar efeitos adversos aos resultados clínicos (Voudris & Silver, 2018).

Em suma, resulta consensual que a hospitalização domiciliária é um modelo assistencial centrado na pessoa, com benefício custo/efetivo. É recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apresentando-se como uma oportunidade para o desenvolvimento de respostas que promovem a integração, a continuidade de cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde (ACSS, 2020).

2.2. Hospitalização domiciliária em Portugal

A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde é um dos temas centrais da discussão política dos governantes em Portugal, devido à preocupação em garantir a prestação de cuidados de qualidade e em segurança, enquanto que se pensa na economia, garantindo maiores níveis de eficiência e efetividade. A reforma dos cuidados hospitalares é complexa e exige não só um investimento financeiro, como também uma mudança de paradigma, que conduza à produção de melhores resultados e maior valor em saúde (Plano Nacional de Saúde 2021- 2030).

O projeto idealizado numa unidade de hospitalização domiciliária, já era, pois, realidade noutros países da Europa quando surge em Portugal pela primeira vez, em 2015, no Hospital Garcia de Horta, em Almada. Era, então, designado como “alta precoce”, articulando-se como uma unidade funcional de cuidados continuados, com o objetivo de dar continuidade, no domicílio, a cuidados a pessoas com necessidades de cuidados a que, até aí, que só poderiam aceder em contexto de internamento. O exemplo inspirador era a experiência do Hospital Universitário Infanta Leonor, em Madrid. O sucesso e o crescimento do projeto em Almada levaram à necessidade de uma regularização pelo Ministério da Saúde, no

Despacho N.º 12333/2019, publicado no Diário da República N.º 246/2019. A sua normalização surge em dezembro de 2018, com a Norma N.º 20 da DGS, que regula a hospitalização domiciliária em idade adulta, com extensão a outros hospitais, do SNS e privado.

Segundo o Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária, a 27 de setembro de 2022, existiam 39 unidades de hospitalização domiciliária em Portugal, como mostra a Figura 2.

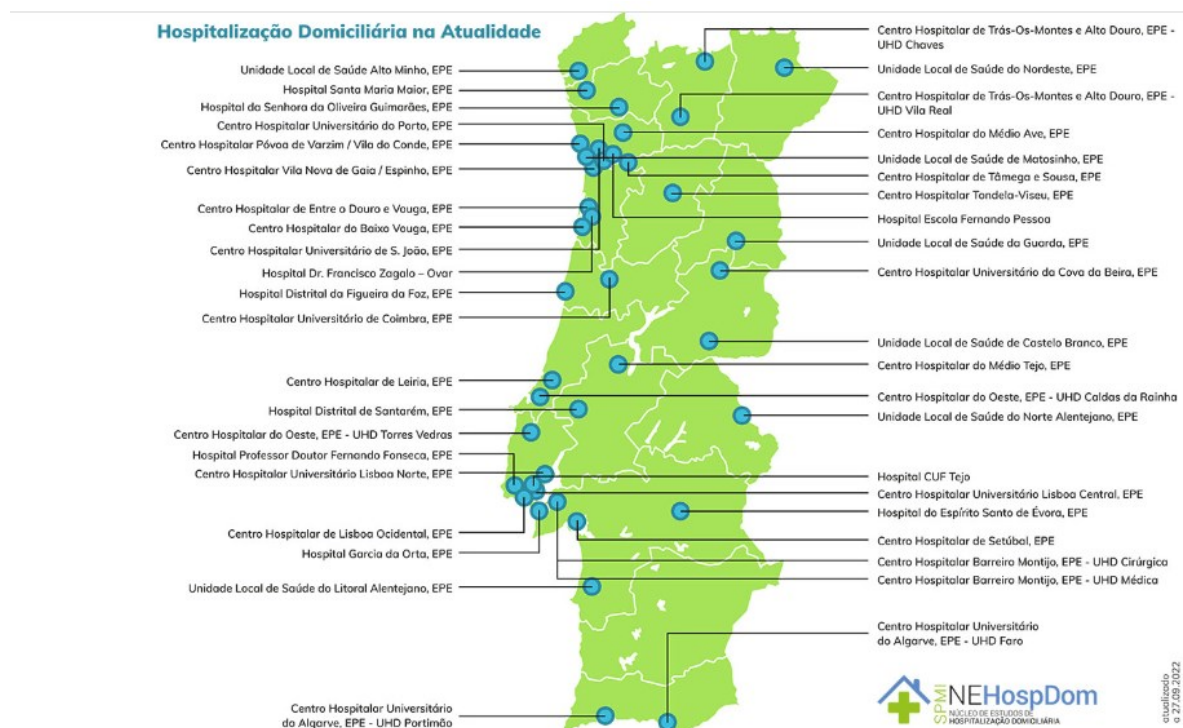


Figura 2 — As unidades de hospitalização domiciliária portuguesas – atualizado a 27.09.2022 (nehospdom, 2022) disponível em <https://www.spmi.pt/nucleo-de-estudos-de-hospitalizacao-domiciliaria/>

A hospitalização domiciliária corresponde a um “modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio dos doentes, durante um período transitório, em alternativa ao internamento convencional” (DGS, 2018, p. 1). Engloba cuidados de curta duração (agudização), de reabilitação, paliativos e cuidados a pessoas com patologia crónica ou em terapia funcional (Chevreul, Com-Ruelle, Midy, & Paria,

2004). Inclui a prestação de cuidados mais ou menos complexos, assim como, a realização de exames complementares de diagnóstico ou a execução de procedimentos clínicos, tal como no internamento hospitalar (Mendizábal, Garcia, Fernández, & Canales, 2011; Chevreul et al., 2004). Segundo o Despacho N.º 9323-A/2018, este modelo consiste numa alternativa ao internamento hospitalar, sendo os cuidados dispensados pela equipa de saúde contínuos e ativos, prestados no domicílio das pessoas, conforme as suas necessidades de tratamento. A hospitalização domiciliária deve definir um plano de cuidados individualizados, em articulação com a equipa clínica-hospitalar que prestou cuidados à pessoa até à hospitalização domiciliária, bem como deve garantir um atendimento disponível 24 horas e 365 dias por ano (DGS, 2018). A terapêutica necessária à patologia aguda ou crónica da pessoa, bem como os materiais de consumo clínico inerentes à prestação de cuidados devem ser fornecidos pela UHD. Esta garante o acesso direto à hospitalização convencional, em caso de alteração da condição clínica ou social que comprometam a segurança da pessoa, ou quando a pessoa/cuidador o desejarem. Deve também garantir o acesso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica assim como a avaliação de outras especialidades (DGS, 2018).

No que concerne à articulação de cuidados, aquando da necessidade de continuidade destes, a Norma da DGS N.º 020/2018 define que, caso não haja necessidade de continuidade de cuidados, é enviado um correio eletrónico para o agrupamento de centro de saúde e entregue carta de alta à pessoa. Quando há necessidade de continuidade de cuidados, além do procedimento já descrito, deve ser realizado um contacto telefónico/via correio eletrónico com os cuidados de saúde primários e/ou rede nacional de cuidados integrados da área de residência, para agendamento de dia e hora para programação do plano de cuidados em regime comunitário (OPSS, 2022).

Assim, este modelo distingue-se das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, uma vez que incide sobre a fase aguda da doença e/ou de agudização da doença crónica.

Da tipologia de pessoas a admitir na UHD, a DGS (2018) estabelece os seguintes critérios: pessoas com doença aguda ou crónica agudizada e/ou pessoas, em fase paliativa ou terminal e por um período transitório, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos do foro hospitalar. Define, ainda, como patologias possíveis de integração na unidade de hospitalização domiciliária, as infeções agudas com necessidade de antibioterapia parentérica, doenças crónicas agudizadas, situações de pós-operatório em fase de transição, cuidados e/ou tratamento de situações crónicas agravadas em contexto de pós-operatório e situações de doença paliativa que requeiram cuidados paliativos especializados e específicos hospitalares. Estas situações elegíveis para hospitalização domiciliária implicam a possibilidade de serem concretizadas no domicílio das pessoas (DGS, 2018).

No nosso país, face à normalização já existente, Delerue & Correia (2018, p. 16), afirmam que, após o encaminhamento para a hospitalização domiciliária, a pessoa é “submetida a uma avaliação em três eixos: médico, enfermeiro e assistente social, numa multidisciplinaridade complementar”, o que concorre para o desenvolvimento seguro deste módulo de hospitalização.

2.3 Papel do enfermeiro nos cuidados à pessoa em hospitalização domiciliária

As intervenções do enfermeiro podem ser autónomas e interdependentes, segundo o REPE (1996) — sendo que as intervenções autónomas dos enfermeiros são da sua inteira responsabilidade. Por outro lado, as intervenções interdependentes são ações realizadas em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo

comum. Estas são intrínsecas ao plano de cuidados elaborado, indo desde do ensino, à prevenção, manutenção, recuperação e reabilitação de uma situação de saúde/doença, tendo em conta a qualificação profissional. Estas podem ser em contexto de internamento, de ambulatório ou domiciliário (REPE, 1996). O mesmo Decreto-Lei N.º 161/96, regulamenta o Exercício Profissional do Enfermeiro, no qual se documenta que, além das intervenções dirigidas a um estado de saúde/ doença da pessoa, os enfermeiros podem realizar atividade na área da gestão, investigação, docência, formação, assessoria, e elaboração de normas, tendo em conta a melhoria e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A Norma N.º 020/2018 da DGS refere que as visitas ao domicílio devem ser programadas conforme a individualidade da pessoa doente. Estas visitas podem ser singulares (só médico ou só enfermeiro), interdisciplinares (médico e enfermeiro) ou multidisciplinares, realizadas diariamente, com o objetivo de garantir a prestação dos cuidados necessários e a eficácia do plano de cuidados proposto. É obrigatório que a primeira visita e a visita na data da alta sejam interdisciplinares. Durante a permanência na UHD, duas das visitas por semana, poderão ser apenas com o enfermeiro, pelo que se exige experiência e perícia na avaliação da pessoa (Santos, 2021; Bergas 2018). No entanto, poderá acontecer mais do que uma visita em 24 horas, consoante a necessidade, a avaliação e o plano de cuidados instituído (DGS, 2018).

Tendo em conta as suas características, pressupõe-se que a hospitalização domiciliária, constitua um modelo de prestação de cuidados que contribua para um nível elevado de saúde e bem-estar da pessoa doente que necessita de cuidados de nível hospitalar, com enfoque na promoção da autonomia e na recuperação funcional da pessoa, no seu próprio domicílio (OPSS, 2022; DGS, 2018).

A UHD permite a observação da pessoa e família no seu ambiente, favorecendo a identificação das suas reais necessidades. Desta forma, facilita a mudança de comportamentos, podendo evitar reincidências da doença. É um cuidar

personalizado, promovendo um processo dinâmico e um projeto de saúde individualizado, onde os vetores de ação são o indivíduo no seu todo, como um ser biopsicossocial, e da sua família (Santos et al., 2021).

Santos et al. (2021), no seu estudo com enfermeiros que trabalham em UHD, relatam que os cuidados prestados no domicílio rentabilizam o número de minutos disponibilizados a cada pessoa: decorrendo num espaço físico dedicado exclusivamente àquela pessoa, sendo a atenção do profissional dirigida de forma individualizada sem interrupções. “Emerge o conceito atual de tempo de qualidade.”

Este conceito de “tempo de qualidade”, a meu ver, é promotor e facilitador da adesão terapêutica e da gestão do regime terapêutico, e conduz a ganhos em saúde, indo ao encontro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003): a toma de medicação, o cumprimento da dieta e a alteração de hábitos e estilos de vida, segundo as recomendações dos profissionais de saúde, definem a adesão ao regime terapêutico. Tal como Mota (2011), citado por Santos et.al (2021), a confiança estabelecida e o ajuste à realidade da pessoa doente promovem o alcance dos resultados esperados. Quintanilla, S.; Ballestín, F.& Perez, A. (2020) vão mais além e sublinham que o domicílio é o "melhor local terapêutico" para uma equipa multidisciplinar prestar cuidados de qualidade, segurança e com ganhos a médio e longo prazos, melhorando a qualidade de vida da pessoa e da sua família.

Segundo a DGS (2019), no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde, as pessoas pretendem obter cada vez mais informação e maior interação com os profissionais de saúde, aspirando a uma participação ativa no seu plano de cuidados. Assim, nesta modalidade de internamento, adequa-se o plano de cuidados à pessoa e cuidador, capacitando-os para a sua execução, com tomada de decisões ajustadas à sua saúde, por via de um processo de comunicação “feito à medida” em diferentes contextos.

A pessoa e o cuidador tornam-se, assim, no foco da atenção do profissional de

saúde. Constituindo este um serviço de assistência de 24 horas, embora muitas vezes não presencial, as novas tecnologias revelam-se um meio de se ir ao encontro das necessidades da pessoa e do cuidador, em tempo real (Santos e Oliveira, 2021). As mesmas autoras reconhecem que “é necessário que a atuação dos profissionais de saúde seja baseada nos contextos do utente/ cuidador, no sentido de promover a autonomia e a qualidade das interações. Por este motivo, a hospitalização domiciliária é uma das estratégias ideais que asseguram o compromisso dos cuidados com a satisfação e a qualidade para a pessoa, família, e para os profissionais de saúde” (p. 117).

Santos et al. (2021) realçam que cabe aos enfermeiros cabe o papel de ajudar a desenvolver respostas adequadas à pessoa e ao seu cuidador. Desta forma, as intervenções de enfermagem são facilitadoras no contexto domiciliário — centradas na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa e do cuidador (com recurso ao ensino personalizado), na eficácia da gestão do regime terapêutico, na prevenção de quedas e na promoção da literacia em saúde.

Bergas (2018), na sua tese de doutoramento acerca da “Intervenção complexa na Hospitalização domiciliária adaptada para pessoas idosas com processos agudos incapacitantes: avaliação de fatores clínicos para eficácia na alta precoce e estratégias de prevenção de admissão” acompanhou uma equipa numa UHD na Catalunha. Ali, realizavam-se de uma a três visitas por dia (dependendo das necessidades da pessoa). São descritas situações complexas, como “a perda funcional grave levando à imobilidade, *delirium* ou sintomas comportamentais atroztes.” (p. 93). Este autor caracteriza as equipas das UHD como sendo compostas por profissionais multidisciplinares, incluindo médicos especialistas (principalmente de medicina interna, medicina de urgência, geriatria e pneumologia) e enfermeiros especialistas com vasta experiência hospitalar.

Segundo a OE (2018), o enfermeiro gestor detém aptidões que lhe permitem ser um elemento fulcral na obtenção dos ganhos em saúde e atua no desenvolvimento de

“um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações” (OE, 2018, p. 3479). na mudança do internamento hospitalar para o domicílio, é necessária uma coordenação de recursos humanos, bem como a otimização dos meios essenciais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. No contexto da UHD, cabe ao enfermeiro com competências de gestão assumir um papel importante na tomada de decisão.

2.4. Metodologia

O principal objetivo deste estudo é identificar as intervenções de enfermagem numa UHD. O método de pesquisa adotado foi a revisão de *scoping*³, por ser o método mais abrangente, incluindo resultados e não só artigos científicos, mas também artigos de reflexão e de opinião de especialistas clínicos. A revisão é realizada, segundo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

Procurando dar resposta a esta temática, numa primeira etapa, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro no contexto de hospitalização domiciliária?” Esta questão foi elaborada segundo a metodologia PCC:

População: pessoas adultas com idade superior aos 18 anos;

Conceito: intervenções de enfermagem;

³ Um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica), dentro ou por via de contextos particulares. As *Scoping Review* podem esclarecer os principais conceitos / definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados com um conceito, incluindo aqueles relacionados com a pesquisa metodológica (Peters, MDJ et al. 2020).

Contexto: hospitalização domiciliária.

Não serão impostas restrições culturais ou geográficas.

Tipos de fontes: serão considerados os estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, primários e secundários, que respondem à questão de investigação.

Documentos de texto e de opinião também serão considerados para inclusão na revisão. Estudos incluídos: português, inglês e espanhol. Período temporal: entre 2017 e 2023.

Numa pesquisa inicial nas bases de dados *PROSPERO*, *MEDLINE*, *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e *Cochrane Library*, não foram encontrados protocolos de revisão, ou revisões sistemáticas atuais, sobre a questão colocada. Por isso, a revisão *scoping* será realizada visando sintetizar o conhecimento atual disponível sobre as intervenções de enfermagem, em contexto de hospitalização domiciliária.

Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa em dois motores de busca, o *PubMed* e o *EBSCOhost*. Desta forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses na etapa do processo de elaboração da revisão *scoping*. Devido às diferenças significativas na tradução para outras línguas do conceito de hospitalização domiciliária e pela não existência deste descritor no *DeCS* e no *MeSH* ou de outros relacionados que não correspondiam ao objetivo deste estudo, foram efetuadas várias pesquisas por via das palavras-chave: "*Hospital at home*"; "*hospital in the home*"; "*hospital care at home*"; "*hospital based home*"; "*nursing care*"; "*nursing interventions*"; "*nurses role*"; "*nurses experience*".

Será também integrada literatura cinzenta sobre o tema de interesse, por via de uma pesquisa livre no Google Académico.

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Ano do estudo	2017– 2023	Anteriores a 2017
Língua do estudo	Inglês, português e espanhol	Outra língua
Acesso ao artigo	Texto integral de livre acesso	Resumos, e artigos sem acesso livre
Idade da pessoa	Adulto com mais de 18 anos	Menores de 18 anos
Áreas de trabalho	Pessoa em estado agudo; pessoa em paliativo terminal	Pediatria, doença mental e cuidados de saúde primários

Na terceira etapa, procedeu-se à seleção dos artigos obtidos, inicialmente pela leitura do título e, a seguir, pela leitura do resumo, recorrendo à ferramenta *Rayyan*. Na quarta etapa, analisaram-se os artigos e discutiram-se os tópicos que emergiram da leitura.

Finalmente, a quinta etapa contemplou a discussão sobre os artigos selecionados, com o propósito de reunir o conhecimento publicado sobre o tema desta revisão.

2.5. Resultados

A pesquisa nos motores de busca foi realizada entre 16 e 18 de janeiro de 2023. No motor de busca *EBSCOhost*, a pesquisa foi realizada sem limitação de bases de dados. A Figura 3 representa de forma sistemática e esquemática a pesquisa, utilizando os critérios de inclusão e exclusão.

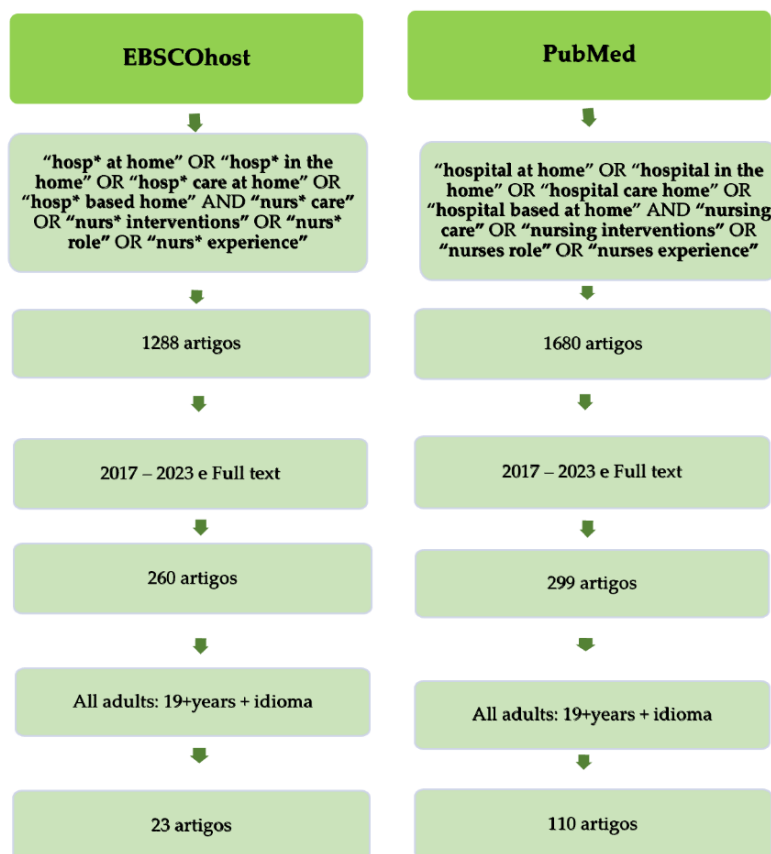


Figura 3 – Representação esquemática e aplicação dos critérios de seleção

A pesquisa efetuada resultou num total de 2968 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão definidos, o resultado foi de 133 artigos.

Após a pesquisa efetuada, os detalhes da revisão estão apresentados no diagrama de fluxo PRISMA (Figura 4) (Page MJ et al., 2021). Foram excluídos 86 artigos pelo título. Verificou-se, numa análise aprimorada, que seis artigos se encontravam duplicados em ambos motores de busca e que seis artigos não apresentavam acesso gratuito ao texto integral. Após a leitura do resumo, são selecionados quinze artigos, face aos critérios de inclusão definidos. Após a leitura integral, foram selecionados para inclusão dez artigos para responder à questão em estudo.

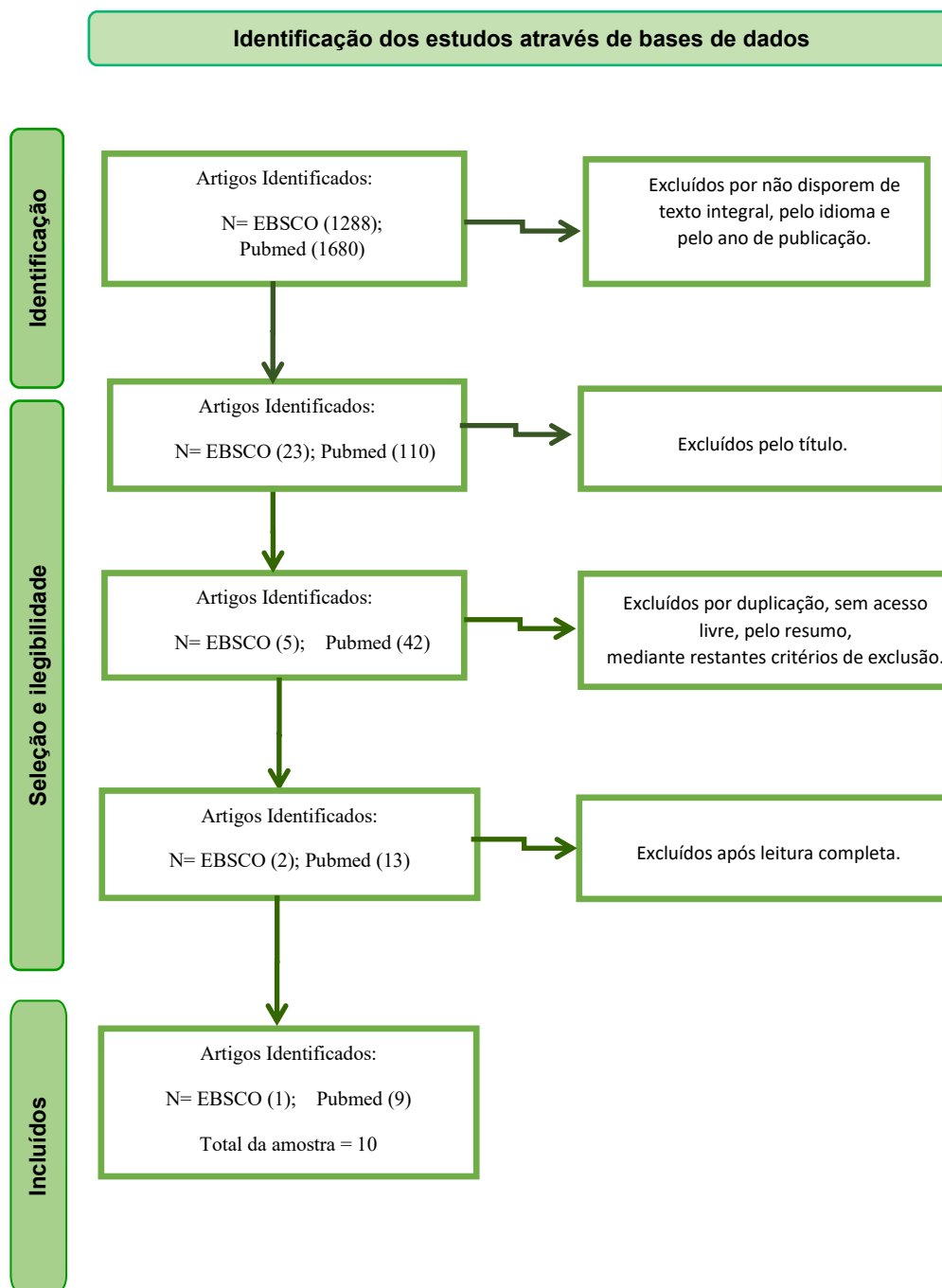


Figura 4 – Diagrama de fluxo prisma.

Os dez artigos selecionados, publicados em inglês e espanhol e realizados em diferentes países (Austrália, Singapura, Japão, Estados Unidos da América, Espanha, Suécia, Irlanda e o Reino Unido) demonstraram, antes de mais, que o modelo de hospitalização domiciliária está presente em diferentes latitudes. Apesar

de os sistemas de saúde desses países possuírem diferentes formas de financiamento, revelam-se comuns os objetivos dirigidos ao controlo de transmissão de infeção, à evitação de readmissão hospitalar, ao controlo de custos e a à redução do número de camas. A análise dos artigos é apresentada no Apêndice I.

Por meio desta pesquisa, foi possível conhecer e compreender o fenómeno em estudo, permitindo ainda desenvolver a competência que suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, segundo o Regulamento N.º 140/2019, de 6 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), bem como as competências de mestre no que respeita à comunicação de resultados e ao desenvolvimento de pensamento crítico.

2.6. Discussão de resultados

Antes de fazer alusão às ideias que emergem deste trabalho de investigação, começamos por referir a inexistência de artigos publicados que foquem especificamente as intervenções dos enfermeiros em UHD. É ainda importante ressaltar que a inexistência de um descritor hospitalização domiciliária e não cuidados no domicílio, considero uma das principais limitações na pesquisa e encontro de artigos que fossem ao encontro do objetivo em estudo. Alguns dos artigos incluídos são indiretamente relevantes para a intervenção do enfermeiro na hospitalização domiciliária, mas foram selecionados por conterem alguma evidência que, embora numa visão geral, mas que pode contribuir para o enriquecimento do papel do enfermeiro inserido numa equipa deste tipo.

Na análise destes estudos, ressalta a vantagem deste modelo de hospitalização para a população idosa⁴ (Augustine et al., 2021; Mas et al., 2019; Norman et al., 2023), justificada pelo aumento da esperança média de vida e pelo aumento da prevalência de fatores de multimorbilidade e de agudização de doenças crónicas, o que, conseqüentemente, leva a uma maior necessidade de cuidados hospitalares e de outros serviços de saúde (Mas et al., 2019; Tierney et al., 2020). Como tal, a UHD representa uma alternativa efetiva aos cuidados hospitalares, sendo um dos modelos alternativos mais investigados pelas suas vantagens de proporcionar o mesmo nível de cuidados que um hospital, reduzindo, ao mesmo tempo, os efeitos indesejáveis da hospitalização no idoso, tais como IACS, *delirium* e depressão (Hecimovic et al. 2020; Tierney et al., 2020). O trabalho desenvolvido por Mas et al. (2019) em Barcelona, demonstra que as UHD, interligadas com outros recursos da comunidade, conseguem fornecer cuidados abrangentes e melhorar a qualidade de vida da população envelhecida.

Este aspeto está reforçado num estudo realizado, em Nova Iorque, por Augustine et al. (2022): esta equipa procurou determinar como o apoio social influencia a eficácia de cuidados prestados na UHD, concluindo que um défice de apoio social não interferiu na eficácia e nos objetivos da UHD, devido à interligação estabelecida entre as unidades de hospitalização domiciliária e outros recursos da comunidade. Aponto para limitações das conclusões deste estudo, uma vez, que a decisão de fornecer ou receber o hospital em casa é influenciada pela disponibilidade e pelo grau de apoio social, como familiares e outros cuidadores, que são solicitados a colaborar nos cuidados durante o internamento em UHD. No mesmo trabalho, Augustine et al. (2022) ressaltam que os enfermeiros, em conjunto com a técnica de serviço social da UHD, fornecem um suporte contínuo de autogestão e coordenação

⁴ A Organização Mundial de Saúde (2004a) define idoso como a pessoa com mais de 65 anos.

de cuidados, preenchendo lacunas das consultas de ambulatório e prestando auxílio na transição do período pós-agudo para a alta hospitalar. Estes serviços incluíam a educação da pessoa e da sua família /cuidador e a comunicação direta com os prestadores de cuidados primários, ideia também reforçada por Gray e Currey, (2017). Além disso, a equipa UHD foi mais eficaz no encaminhamento e interação com outros serviços/entidades da comunidade certificados para fornecer suporte domiciliário adicional. Este papel do enfermeiro é parte integrante do seu exercício profissional referenciado no REPE (1996, p. 3): “Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”.

Durante a sua visita domiciliária, o enfermeiro é chamado a responder às lacunas informativas sobre as expectativas do tratamento, a avaliar o ambiente doméstico e a providenciar a assistência instrumental necessária à recuperação e reabilitação da pessoa (Mas et al., 2019), indo ao encontro do Artigo 8.º do REPE: “O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (1996, p. 8).

O estudo de Lindblad et al. (2020), embora não responda diretamente à questão de investigação, sublinha a importância dos eventos adversos e da segurança no domicílio da pessoa. O enfermeiro tem de conseguir assegurar as condições favoráveis, envolvendo a pessoa e família/cuidador, uma vez que os domicílios não estão preparados para a prestação de cuidados de saúde (escadas, tapetes, mobiliário...). Considerando que se trata de um ambiente não controlado, justifica-se que as quedas sejam os eventos que mais comuns em contexto domiciliário. Outro aspeto que saliento como importante, retido do mesmo trabalho, “os cuidados de enfermagem, tratamentos atrasados, errados, omitidos ou incompletos” (p. 5) — a hospitalização domiciliária terá esta desvantagem, se o plano de cuidados não for

devidamente delineado e planejado, sendo que, face ao efeito “surpresa” do que se encontra durante a visita, pode levar a omissões e lapsos na intervenção com consequência a mais deslocações ou até agudização. Mais uma vez, a perícia e a experiência da equipa manifestam-se como fulcrais para o sucesso.

No entanto, sublinho a ideia de Tierney et al. (2020) de que, através dos cuidados no domicílio da pessoa, o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar a segurança da pessoa na sua própria casa e a sua capacidade de realizar as atividades de vida diária num ambiente familiar. Em contraste, o enfermeiro que conceda cuidados num internamento convencional tem de avaliar o risco da pessoa no pós-alta, recorrendo ao encaminhamento para outros serviços comunitários, razão que estes autores no seu estudo verificaram mais encaminhamentos no pós-alta de idosos provenientes de internamento na enfermaria convencional (Tierney et al. 2020).

Em Singapura, Ko et al. (2022), no primeiro estudo acerca da implementação de programas de UHD na Ásia, reforçam vários aspetos já referenciados nesta revisão, como a baixa taxa de eventos adversos, a redução da média do tempo de internamento e a elevada satisfação da pessoa, fazendo também referência a um aspeto importante, a qualidade do sono (79% dos participantes referiram este aspeto como vantajoso). Muito estudado, o sono é uma necessidade fisiológica básica. A sua privação ou perturbação acarretam consequências para o indivíduo, algumas imediatas. É, por isso, fundamental que as pessoas internadas por quadros clínicos agudos tenham uma boa qualidade de sono, de modo a obterem uma melhoria do quadro clínico com a maior brevidade possível.

A pandemia causada pelo novo coronavírus respiratório SARS-CoV-2 revolucionou os sistemas de saúde — estes ficaram dramaticamente sobrecarregados e os hospitais tornaram-se locais de alto risco para transmissão cruzada. O distanciamento social foi recomendado para reduzir as taxas de infeção. Neste contexto adverso, manter cuidados adequados às pessoas, e particularmente às que se encontravam em situação de vulnerabilidade, tornou-se num desafio, pelo que,

novas estratégias para reduzir internamentos e idas ao hospital, sem comprometer o cuidado e a segurança da pessoa, foram implementadas, verificando-se um pouco por todo o mundo o crescimento e o desenvolvimento de unidades de hospitalização domiciliária (Gomez-Centurion et al., 2021; Tierney et al., 2021; Ko et al., 2022; Montalto e Ko 2022; Norman et al., 2023 e Sitammagari, et al., 2020).

Numa “era” digital, o uso dos recursos virtuais, como a monitorização por via remota por um sistema devidamente projetado e delineado, foi recorrente em alguns países durante a pandemia, provando benefícios. Sitammagari et al. (2020), implementaram um modelo assistencial de “hospital virtual”, com monitorização por via remota de pessoas infetadas com SARS-Cov-2. Este modelo assistencial contribuiu para a redução dos custos de assistência médica e do número de internamentos, resultando em maiores benefícios para a saúde, o que perspetiva a continuidade deste modelo para além do diagnóstico da infeção por SARS-COV-2. No entanto, deve ser encarado como recurso para um acompanhamento alternativo, aliado a um acompanhamento especializado por uma equipa multidisciplinar (Norman et al., 2023).

Montalto e Ko (2022) caracterizam as UHD como um modelo que se propõe à igualdade de cuidados de nível hospitalar no domicílio da pessoa — é um serviço completo que integra uma equipa hospitalar, tecnologias, intervenções e cuidados durante 24 horas, sete dias por semana. Os mesmos autores descrevem como diagnósticos comuns de admissão: infeções, incluindo variantes multirresistentes, diagnósticos de várias especialidades (incluindo cardiologia, hematologia, oncologia, pneumologia, medicina, geriatria e obstetrícia), cuidados pós-operatórios e pediatria. Assim, na Austrália, descrito por Montalto e Ko (2022), as UHD detêm uma equipa multidisciplinar que oferecem uma ampla variedade de intervenções: administração de terapêutica antimicrobiana intravenosa (antibióticos, antivirais, antifúngicos), quimioterapia, hemoderivados, terapêutica diurética, terapêutica inotrópica, terapêutica corticóide, nutrição parenteral

terapêutica antiemética, oxigénoterapia, terapêutica anticoagulante e a sua gestão, gestão de insulina, cuidados pós-cirúrgicos e tratamento de feridas.

O âmbito da prática de enfermagem depende do nível de educação, formação e competência para realizar determinadas tarefas e papéis (Gray e Currey, 2017). As autoras sublinham que, na hospitalização domiciliária, os enfermeiros estão na linha da frente dos cuidados à pessoa, tanto na avaliação clínica como na gestão das condições específicas do ambiente doméstico. Para auxiliar a avaliação, os enfermeiros estão, normalmente, equipados com esfigmomanómetros, estetoscópios, termómetros e oxímetros de pulso. Dependendo do estado clínico da pessoa, as visitas devem ocorrer uma ou duas vezes por dia (Gray e Currey, 2017).

Como já relatado, noutros países, as UHD permitiram oferecer cuidados durante a pandemia, de forma a os sistemas de saúde expandirem a capacidade de ocupação em situações críticas, com e sem SARS-COV-2.

Outro aspeto a salientar, também abordado nos estudos, é a própria opinião da pessoa, a capacidade de esta, ou do seu cuidador, decidir onde quer ser cuidada, bem como a capacidade de o hospital poder responder a esta decisão (Tierney et al., 2020; Montalto e Stephanie 2022).

Embora a UHD não seja concebida para prestação de cuidados paliativos em fim de vida, dada a necessidade da população destes cuidados, muitas vezes identificados pela equipa de UHD, estes assumem um papel preponderante na gestão destes cuidados, realizando a ponte e assegurando acompanhamento digno, centrados na pessoa, prevenindo admissões hospitalares desnecessárias e a utilização inadequada de recursos (Tierney et al., 2020).

2.7. Considerações Finais

A UHD tem-se afirmado globalmente como um modelo alternativo ao internamento convencional, prestando cuidados similares a este no domicílio da pessoa, com qualidade e por profissionais de saúde competentes. A pandemia vivida nos últimos anos, associada a uma população envelhecida e com procura crescente de acesso a cuidados de saúde, foi impulsionadora do crescimento e afirmação do modelo da hospitalização domiciliária, assim como do uso da tecnologia como aliada da qualidade de cuidados.

O enfermeiro tem de ser criativo e capaz de envolver a família/cuidadores na prestação de cuidados. A visita domiciliária é importante e acarreta vantagens na observação do espaço físico domiciliário. Esta observação permite interpretar, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura, oferecendo opções para adotar estilos de vida saudáveis e informação relevante para ajudar a pessoa a atingir os níveis ótimos de saúde e de reabilitação no pós-alta.

As equipas de UHD deverão ser multidisciplinares, assim como o são no hospital, oferecendo cuidados ajustados à necessidade da pessoa. O enfermeiro assume uma responsabilidade fundamental no seio da equipa, no que diz respeito à promoção da gestão, segurança e da qualidade dos cuidados, devendo estar preparado e recetivo aos novos modelos de assistência, bem como a responder a mudanças dinâmicas nas políticas de saúde pública e a satisfazer as necessidades de saúde da comunidade.

O trabalho do enfermeiro no modelo assistencial da hospitalização domiciliária, irá muito além e será mais complexo do que o exposto neste trabalho. Prospero trabalhos acerca das competências de gestão do enfermeiro, nas precauções básicas do controlo de infeção, como, por exemplo, a incidência de flebites; triagem, manuseamento e transporte de resíduos.

3. Avaliação global dos estágios e implicações para a prática profissional

O período de permanência em contexto de estágio de 360 horas é, a meu entendimento, demasiado curto para afirmar que todos os objetivos foram atingidos e que adquiri, na plenitude, as competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. No entanto, todo este percurso será a base para um crescimento profissional e pessoal, que permitirá a cada dia refletir na minha prestação de cuidados e procurar cuidados de excelência. Ser enfermeira especialista comporta uma responsabilidade profissional acrescida — serei observada pelos meus pares e pretendo ser exemplo de uma prática reflexiva e baseada da evidência. Tal como Vieira defende, uma “das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio, resultante da investigação... que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas” (2017, p. 108).

Assim, procurei espelhar, com este trabalho, a importância do enfermeiro especialista nos cuidados à pessoa e sua a família, enquanto parceiro de cuidados.

Numa época marcada pela informação e pela tecnologia, os profissionais de saúde têm de ser assertivos no uso destes meios para a sua prestação de cuidados. Percebemos que a pessoa, cada vez mais, quer participar nas decisões sobre os planos de cuidados, e temos de ser capazes de envolvê-la, fornecendo-lhe informações fidedignas e promovendo a literacia em saúde. Pessoas bem informadas estão mais interessadas na promoção da sua saúde e procuram cada vez mais práticas alternativas aos cuidados tradicionais (Vieira, 2017). Esta autora reforça ainda que os enfermeiros, através da investigação, enfrentarão o desafio de obter os melhores resultados, o que lhes exigirá uma atualização permanente, e um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional.

Embora o estágio final tenha como principal objetivo o desenvolvimento das competências específicas na área de especialização Médico- Cirúrgica, da Pessoa em Situação Crítica, não posso deixar de referir as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, já enunciadas neste relatório, as quais procurei ter presente e continuar a desenvolver.

Na azáfama quotidiana, envolta com múltiplas tarefas, e sobretudo num contexto de pessoa em situação crítica, em que manipulamos, invadimos e “perfuramos” o seu corpo, não podemos esquecer que, em determinadas situações, aquele corpo tem faculdade mental para decidir, tem dignidade e vontade próprias, ou seja, autonomia na decisão. Temos, pois, de parar, observar a pessoa, comunicar — e refletir. Por exemplo, quando nos aproximamos da pessoa, em vez de apenas dizemos “vou colher sangue”, podemos, antes, optar por mais humanizado “posso colher sangue?” — ainda que a simplicidade deste exemplo contraste com a complexidade de outras situações, como as de fim de vida numa UCI, e com a inquietação que nos perturba, ao mesmo tempo que asseguramos esforços e procedimentos extremamente invasivos, enquanto a morte se acomoda. Devemos refletir até que ponto os avanços da medicina e tecnologia nos permitem prolongar a vida humana, mesmo perante a irreversibilidade de estados de doença que levarão, inevitavelmente, à morte. Assim, tantas vezes emerge a questão relativa a se tais intervenções poderão, nalgumas circunstâncias, ultrapassar os limites daquilo que se considera eticamente aceitável. A Lei N. º25/2012, de 16 de julho, que aprovou o Testamento Vital. Com este documento, a pessoa poderá determinar, antecipadamente, quais os tratamentos que deseja ou não receber, em determinada condição de saúde.

A perceção de pouco se fala nas questões de Diretiva/s antecipada/s de vontade, Santos (2019) na sua tese de mestrado, realça “que ainda existe um número considerável de profissionais de saúde que revelou não ter tido qualquer experiência com a DAV”(p. 185). A mesma autora conclui que “os profissionais de

saúde na prática clínica vão mobilizando algumas estratégias para a tomada de decisão, nomeadamente: partilhar informação com a família e com o médico para minimizar o sofrimento presente nesta fase” (p.185). Afirma, ainda, que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, será um elemento fundamental na equipa de saúde, na medida em que “possui um conjunto de competências no domínio da responsabilidade, ética e legal e como tal, facilitador para o processo de tomada de decisão” (p. 186).

Assisti a diversos momentos de partilha entre a equipa de enfermagem, nomeadamente, sentimentos de inquietação face a pessoas em estado previsivelmente terminal e sobre as quais a única certeza parecia ser a do prolongamento de um sofrimento. Nalgumas vezes, o estado clínico da pessoa chega a um ponto tal, que são necessárias tomadas de decisão importantes para o seu futuro, como avançar ou não com medidas invasivas — estando a pessoa, de uma forma geral, incapaz de decidir, será o profissional a decidir por ela. Perante esta realidade, revejo a importância do enfermeiro, como privilegiado no momento do primeiro contacto com a pessoa, ao perceber quais são realmente as suas intenções e a sua vontade.

Na Deontologia Profissional de Enfermagem, (OE 2015), no artigo 78.º, — Princípios Gerais, refere-se no N.º 1: "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro", o que constitui um desafio à reflexão dos enfermeiros, os quais, em conjunto com a sua experiência e conhecimento da prática, procuram a partilha dentro da equipa, para uma decisão fundamentada, nos princípios éticos. A perceção, de que, perante a equipa médica, os enfermeiros constituem uma voz tendencialmente cada vez mais ouvida e mais presente nas decisões clínicas. No entanto, é claro que há, ainda, um longo caminho pela frente. Esta inquietação

também atormenta no meu dia a dia, em que faço a reflexão acerca da continuidade da TSFR.

A oportunidade de acompanhar um chefe de equipa permitiu estar presente na resolução de situações de gestão de recursos, alocação de doentes ou conflitos que possam surgir. Sendo um elemento sobre o qual recai a responsabilidade de diversas situações de resolução rápida, é importante conseguir delegar e ser objetivo nas decisões, mantendo a união das equipas perante adversidades, como, por exemplo, a grande rotatividade dos vários elementos que as constituem.

Enquanto enfermeira especialista, sou chamada a assumir funções mais complexas no contexto da minha área de especialidade e a basear a minha prática na evidência, o que me levou a realizar formação avançada em Suporte de Vida.

A maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, uma das competências específicas do Regulamento do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, fez-me refletir acerca das práticas diárias, tornando-me mais desperta e exigente. Procurei sensibilizar os meus pares e outros elementos da equipa, bem como cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, respeitando as normas e circuitos adequados e utilizando os equipamentos de proteção individual.

Elaborei um trabalho acerca de “Intervenções de Enfermagem na prevenção e tratamento das caibras intradialíticas”, apresentado no *50th EDTNA/ERCA International Conference* e no Encontro Renal 2022, o que abriu portas para outros projetos, nomeadamente sobre “Trombose aguda da fístula arteriovenosa: papel do enfermeiro na identificação e prevenção”.

Dada a minha área de especialização em Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, fui envolvida na equipa de formadores em SBV da empresa onde trabalho, o que permitiu desenvolver momentos de discussão e treino de situações de paragem cardiorrespiratória.

Colaboro com um projeto multidisciplinar, organizado pela empresa onde presto cuidados, e no qual é promovido um trabalho de literacia da saúde, envolvendo parceiros da comunidade, como bombeiros e assistentes técnicos de apoio a instituições que acolhem pessoas com necessidade de TSFR, bem como ações de educação para saúde junto da comunidade jovem em idade escolar (Anexo III). Estas atividades são importantes, indo ao encontro do PNS 2021-2030, “Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s”, onde a procura de uma saúde mais sustentável, onde a “promoção” e “prevenção” se revelam essenciais para o cumprimento deste desígnio.

Encontra-se em fase embrionária um projeto de sessão de educação para a saúde à pessoa e família, sendo esta parceira na gestão do ganho de peso interdialítico. Espero dar continuidade a este projeto e dele apresentar resultados, assim como do projeto de Enfermeiro de Referência.

Para divulgar os resultados obtidos na elaboração da *scoping review*, procuro participar 3.º congresso nacional de Hospitalização Domiciliária, já agendado para 2-3 de junho de 2023.

Hoje, considero que o “saber-saber, saber-fazer e saber-ser” constitui a diferença na nossa prática clínica, na nossa interação com a pessoa e a sua família e com a equipa multidisciplinar que integramos.

4. Considerações finais

Ambos os estágios foram essenciais neste percurso, pelo que foram descritos, ao longo deste relatório, como parte integrante do meu caminho, para certificar as competências adquiridas e que me permitem integrar o título de Enfermeira Especialista.

A transição da pessoa dependente de ventilação mecânica do hospital para o domicílio requer um rigoroso planeamento da alta, com conhecimento, envolvimento e capacitação da pessoa e família, fomentando a participação na tomada de decisões e na prestação de cuidados, com supervisão e acompanhamento contínuo.

A par das diferentes instituições que se dedicam aos cuidados respiratórios no domicílio, especificamente à pessoa com doença crítica crónica dependente de ventilação mecânica, alerta-se para a necessidade de divulgar esta realidade como um problema que tende a agravar-se, pois não podemos esquecer que o aumento da longevidade e da incidência de doenças crónicas, e ainda as alterações nas redes familiares, têm e continuarão a ter cada vez um impacto crescente na organização do sistema de saúde, com internamentos prolongados por falta de respostas. Portanto, é importante os nossos governantes reconhecerem novas alternativas de cuidados, valorizando sempre a qualidade de vida da pessoa/família.

A oportunidade de colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença renal crónica e a sua família, em diferentes fases da doença e em realidades de prestação de cuidados bastante diferentes, possibilitaram-me refletir na minha prática clínica diária e conseguir uma visão holística da pessoa a meu cuidado.

Sousa (2014), diz-nos que o cuidado deve caminhar a par da humanização, com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, possibilitando intervenções mais holísticas na prestação de cuidados, fundamentadas nos princípios éticos da beneficência e da autonomia. A mesma autora afirma que o processo de cuidar carece do desenvolvimento de capacidades e de competências, assim como da aplicação deste conhecimento numa atuação concreta e visível, para assegurar a prestação do cuidado de excelência, que seja percebido pela pessoa como confortador, constituindo, desta forma, o cuidado um dos focos principais da atuação de enfermagem. Foi por meio desta premissa que procurei sempre ter presentes os princípios adquiridos ao longo de toda a formação teórica. Baseei as minhas decisões no Código Deontológico e nos fundamentos éticos e demonstrei respeito pelas crenças e cultura.

O grau de Mestre fornece ao enfermeiro competências no âmbito da investigação, na procura da evidência para assim basear a prática clínica, para garantir a excelência dos cuidados e contribuir para o corpo de conhecimento da disciplina, sendo fundamental que a investigação se desenvolva mediante as necessidades encontradas em contexto clínico, para que esta possa ter implicações práticas na disciplina. Desta forma, voluntariamente participei, como organizadora, no “V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: uma Voz para Humanismo”, e participei, coautora, na elaboração de um póster intitulado “Necessidades espirituais das pessoas em Unidades de Cuidados Intensivos: *Scoping review*”.

Ao realizar a revisão de *scoping*, que visou apresentar o “estado de arte”, procurei ao longo do trabalho estabelecer os padrões elevados da honestidade, respeitando a fidelidade dos autores nas citações e referências.

Assim, face ao apresentado, termino este ciclo de estudos. O estágio final, foi fulcral na consolidação e aquisição de competências, e nele se aliou a teoria à prática, enriquecida pela orientação de enfermeiros peritos na área. Constituiu um meio

facilitador para o meu crescimento como enfermeira, assegurando o desenvolvimento de competências nas grandes áreas: prestação de cuidados de qualidade e excelência, na gestão dos mesmos e, por último, formação e investigação.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) (2020) — *Modelo de acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS — Conceitos, Registos, Codificação clínica, Faturação e Processo de acompanhamento*. Maio.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. *Texto E Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104—07072005000300008>.
- Andrade, Fernanda (2009) *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Braga. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Araújo, L. (2013) *Plano de Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família no SANE: uma realidade possível*. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Augustine, Matthew R.; Albert L. Siu; Kenneth S. Boockvar; Linda V. DeCherrie; Bruce A. Leff; Alex D. FedermaN. (2021). *Outcomes of Hospital at Home for Older Adults with and without High Levels of Social Support*. *Home Healthcare Now*, 39(5), 261–270. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000980>.
- Benner, Patricia. (2001). *De iniciado a perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bergas, Miquel Àngel Mas Bergas (2018) *Hospital at home complex intervention tailored to older patients with disabling acute processes: evaluation of clinical factors for effectiveness on early discharge and admission avoidance strategies*. Doctoral Thesis. Universitat Autònoma de Barcelona. Programa de Doctorate n Medicina. September 2018.
- Bisca, M. M., & Marques, I. R. (2010). *Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 435–439. <http://doi.org/10.1590/S0034—71672010000300014>.

- Carvalho EC, Oliveira— Kumakura ARS, Morais SCR. *Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação*. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(3):662— 8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034— 7167— 2016— 0509>.
- Chamney, M., Pugh— Clarke, K., & Kafkia, T. (2009). *Management of co— morbid diseases in a patient with established renal failure*. Journal of Renal Care, 35(3), 151–158. <http://doi.org/10.1111/j.1755— 6686.2009.00107.x>.
- Chevreur, K., Com— Ruelle, C., Midy, F., & Paria, V. (2004). The development of hospital care at home: an investigation of Australia, British and Canadian experiences. Institute for research and information in health economics, 91, 1— 8. [Consultado em dezembro] disponível em: <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES091.pdf>.
- Chick, N.; Meleis, A. (1986) – *Transitions: a nursing concern*. In: CHINN, P. L. *Nursing research methodology*. Rockeville: Aspen, p. 237— 257.
- Cotta, R., Suárez— Varela, M., González, A., Filho, J., Real, E., & Ricós, J. (2001). *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual e perspectivas*. Rev Panam Salud Publica, 45— 55.
- Cunha, Vitória; Escarigo, Maria Conceição; Correia, João; Nortadas, Rita; Azevedo, Pedro Correia; Beirão, Pedro; Gomes, Ana; Delerue, Francisca — *Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna VOL.24 | N.º 4 | OUT/DEZ 2017; DOI: 10.24950/rspmi/O112/17/2017.
- Decreto— Lei N.º 161/96 – REPE — *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. 4 de setembro — Com as alterações introduzidas pelo Decreto— lei nº 104/98 de 21 de abril.
- Decreto— Lei N.º 104/98, de 21 de abril, Com as alterações introduzidas por: Acórdão N.º 373/2004; Lei N.º 111/2009; Lei N.º 156/2015 — *Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto*. Diário da República N.º 93/1998, Série I— A de 1998— 04— 21.
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). *Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 25(4),15— 17. doi:10.24950/rspmi/Op/1/201.
- Despacho no 9323— A/2018. Diário da República.191. IIa Série. 1o Suplemento (2018— 10— 03) 26900— (2) — 26900— (5). *Determina a estratégia de*

implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Despacho nº 12333/2019, *determina que o Ministério da Saúde promove a consolidação e o desenvolvimento de Unidades de Hospitalização Domiciliária nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com vista ao alargamento deste modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS Diário da República nº 246/2019, Serie II de 2019 — 12 — 23, páginas 76 — 77, publicado a 23 — 12 — 2019.*

Despacho N.º 10901/2022 *Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, 2.ª série N.º 174 8 de setembro de 2022.*

Direção Geral de Saúde (2010) *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação 007/2010.*

Direção Geral de Saúde (2011) *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Norma nº 017/2011, atualizada a 14/06/2012.*

Direção Geral da Saúde (2012) *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013.*

Direção Geral de Saúde (2015) *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma 022/2015.*

Direção— Geral da Saúde (2015) *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos. Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 atualizada a 11/09/2015.*

Direção Geral de Saúde (2017) *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017.*

Direção Geral de Saúde (2018) — *Hospitalização Domiciliária em idade adulta DGS. Norma 020/2018. Portugal.*

Direção— Geral da Saúde (2018). *Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Portugal Norma 020/2018.: DGS.*

Direção geral de Saúde (2019). *Manual de boas praticas literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde. 2019. Lisboa.*

Direção— Geral da Saúde (2022) *Plano Nacional de Saúde 2021 — 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. 2022.*

- Daugirdas, John T.; Blake, Peter G; Ing, Toldd S. *Manual de Diálise*, Traduzido de Handbook of dialysis, 5ª edição, 2021, Editora Guanabara Koogan LTDA, Rio de Janeiro.
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association EDTNA/ERCA (2007) — *Doença Renal Crónica (Estádios 1– 3): Guia para a prática clínica*. Madrid: Imprenta Tomás Hermanos. ISBN 978–84–612–0047–4.
- European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (2018) *THE PROFILE OF NEPHROLOGY NURSING — The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney Disease, and their Families*. August, 2018 [Online] [Consultado novembro 2022] Disponível em: https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/documents/Nursing_Profile_2018.pdf.
- Escoval, Ana; Fernandes, Adalberto Campos (coordenação); Matos, Tânia Tercitano e Santos, Ana Tito Lívio — *Plano Nacional de Saúde 2011– 2016: Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010.
- François K, Bargman JM. *Evaluating the benefits of home – based peritoneal dialysis*. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2014 Dec 4;7:447– 55. doi: 10.2147/IJNRD.S50527. PMID: 25506238; PMCID: PMC4260684.
- Fraser, S.D.S., Roderick, P.J., May, C.R. *et al. The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study*. BMC Nephrol 16, 193 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0189-z>.
- Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia – Portuguese Registry of dialysis and transplantation 2021 – 2018 [Online] [Consultado Novembro] Disponível em: https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2022-2-final.pdf.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (P.Alegre, Ed.) (4a edição). Artemed.
- Gómez— Centurión Ignacio; Gillen Oarbeascoa; María Carmen García; María Carmen López Fresneña; María Josefa Martínez Carreño; Vicente Escudero Vilaplana; Eva González— Haba; Rebeca Bailén; Nieves Dorado; Luis Miguel Juárez; Gabriela Rodríguez Macías; Patricia Font López; Cristina Encinas; Mariana Bastos— Oreiro; Javier Anguita; María Sanjurjo; José Luis Díez— Martin; Mi Kwon (2022). *Implementation of a hospital— at— home*

(HAH) unit for hematological patients during the COVID— 19 pandemic: safety and feasibility. *International Journal of Hematology*, 115(1), 61–68. <https://doi.org/10.1007/S12185— 021— 03219— 2>.

Gray, E., Critcare, G., Currey, J., & Considine, J. (2017). *Hospital in the Home nurses' recognition and response to clinical deterioration*. <https://doi.org/10.1111/jocN.14076>.

Hanson, S. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972— 8383— 83— 5.

Hecimovic, Anthony Vesna Matijasevic and Steven A. Frost (2020). *Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney*. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12913— 020— 05941— 9>.

Hospital X (2022) – *Plano de Segurança* – 02 de maio 2022 – versão 7.

Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine (2002) – *El pensamiento enfermero*. Barcelona: MASSON. ISBN 2— 7607— 0584— 6.

Lei N.º 25/2012 — *Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Assembleia Da República. Diário da República, 1.ª série — N.º 136 — 16 de julho de 2012.

Lei nº 156/2015 — *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando — o com a Lei N.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Assembleia da República. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015.

Leiniger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League of nursing.

Lewarski JS, Gay PC. *Current issues in home mechanical ventilatioN*. *Chest*. 2007 Aug;132(2):671— 6. doi: 10.1378/chest.07— 0558. PMID: 17699139.

Lindblad, Marlène; Maria Unbeck; Lena Nilsson; Kristina Schildmeijer e Mirjam Ekstedt E. (2020). *Identifying no— harm incidents in home healthcare: a cohort study using trigger tool methodology*. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12913— 020— 05139— Z>.

Ko, Stephanie Q; Joel Goh; Yee Kian Tay; Norshima Nashi; Benjamin MY Hooi; Nan Luo; Win Sen Kuan; John TY Soong; Derek Chan; Yi Feng Lai; Yee Wei Lim.

- (2022). *Treating acutely ill patients at home: Data from Singapore*. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 51(7), 392–399. <https://doi.org/10.47102/ANNALS—ACADMEDSG.2021465>.
- Mariano, P., Silva, S., Leitão, F., Carvalho, J., Calmeiro, M., Antunes, I., & André, M. (2021). *Insuficiência Cardíaca Crónica em Hospitalização Domiciliária*. *Gazeta Médica* N° 1 Vol. 8 janeiro/março, 5– 10. DOI:[10.29315/gm.gm.v](https://doi.org/10.29315/gm.gm.v).
- Mas, Miquel Àngel; Ramón Miralles; Anna Renom— Guiteras; Xavier Durán y Marco Inzitari. (2019). *Hospitalización Domiciliaria Integral para la atención a pacientes mayores con procesos agudos discapacitantes: factores predictivos de éxito terapêutico*. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 54(3), 136–142. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2018.11.00>.
- Meleis, A; Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. (2000). *Experiencing transitions: Na emerging middle— range theory*. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Sep;23(1):12— 28. doi: 10.1097/00012272— 200009000— 00006. PMID: 10970036.
- Meleis, Afaf Ibrahim (2010) *Transitions Theory middle— range and situation— specific theories in nursing research and practice*. New York. Springer Publishing Company Ebook ISBN: 978— 0— 8261— 0535— 6.
- Mendizábal, P., Garcia, I., Fernández, C., & Canales, M. (2011). *Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos*.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico— Cirúrgica — *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal — um passo para a autonomia da pessoa*. Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise—peritonial—um—passo—para—a—autonomia—da—pessoa.pdf.
- Minardi Mitre Cotta R, Morales Suárez— Varela M, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Días Ricós JA. *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas* [Home hospitalization: background, current situation, and future prospects]. *Rev Panam Salud Publica*. 2001 Jul;10(1):45— 55. Spanish. doi: 10.1590/s1020— 49892001000700007. PMID: 11558249.
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2020). *Modelo de acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS: conceitos, registos, codificação clínica, faturação e processo de acompanhamento*. 2020.

- Minn, W. W. (2014). *Enhancing patient safety in haemodialysis nursing care practice among nurses in the renal unit at the Defence Services General Hospital: a best practice implementation project*. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 12(9), 467. <http://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1368>.
- Ministério Público, Portugal (1997) — *Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*.
- Montalto, M., & Ko, S. Q. (2022). *Telling the difference and the telling differences between hospital in the home and outpatient parenteral antibiotic therapy*. <https://doi.org/10.1111/imj.15780>.
- National Kidney Foundation. *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. Am J Kidney Dis 39: S1—S266, 2002 (suppl 1). [Online] [Consultado a dezembro] Disponível em: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf.
- Norman, Gill; Paula Bennett; Emma R.L.C. Vardy (2023). *Virtual wards: a rapid evidence synthesis and implications for the care of older people*. Age and Ageing, 52(1). <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAC319>.
- Observatório Português do Sistemas de Saúde (OPSS) (2019) — *Saúde: um direito humano: relatório de Primavera 2019*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2019.
- Observatório Português do Sistemas de Saúde (OPSS) (2022) — *E AGORA? Relatório de Primavera 2022*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar padrões de Qualidade dos Cuidados De Enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos* [Online] [Consultado novembro] Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática — Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. [Online] [Consultado novembro] Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) — *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em enfermagem em pessoa situação crítica* — Aprovado por unanimidade na assembleia geral extraordinária de 22 de outubro de 2011.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* 2021; 372: n 71.
- PARECER N.º 10/2017 — *Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico— cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. Ordem dos enfermeiros — Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico— cirúrgica.
- PARECER N.º 15 / 2018 — *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico— cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Ordem dos enfermeiros — Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico— cirúrgica.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010) *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (10), 27— 39. [online] Consultado em dezembro 2022. Disponível em <https://ruN.unl.pt/bitstream/10362/98509/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a04%20-%20p27-39.pdf>.
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2016). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Practice Guidelines for Central Venous Access (2020): An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Central Venous Access.
- Quintanilla, S.; Ballestín, F.& Perez, A. (2020), 'Mathematical models to improve the current practice in ' a Home Healthcare Unit', *OR Spectrum* 42(1), 43-74. <https://doi.org/10.1007/s00291-019-00565-w>.
- Ran, K.J. and Hyde, C. (1999), *Nephrology nursing practice: more than technical expertise*. *EDTNA— ERCA Journal*, 25: 5-8. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.1999.tb00052.x>.

- Regge, De Regge M, De Pourcq K, Meijboom B, Trybou J, Mortier E, Eeckloo K. (2017) — *The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions*. BMC Health Services Research. 17:1 (2017) 550. doi: 10.1186/s12913-017-2500-0.
- Roy SC, Andrews HA. Teoria da enfermagem. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.
- Regulamento nº 124/2011, *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. (2011). Diário da República, 2ª série, N.º 35, Lisboa de 18 fevereiro.
- Regulamento N.º 76/2018, *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. (2018) Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018.
- 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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
- Regulamento N.º 140/2019, *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (2019). Diário da República, 2.ª série, N.º 26, Lisboa de 6 de fevereiro.
- Riemann, A., & Casal, M. C. (Eds.). *Peritoneal Dialysis: a Guide to clinical Practise*. EDTNA/ERCA. 2009 ISBN: 978— 84— 613— 3515— 2.
- Sanches, R.; Gerhardt, P.; Rêgo, A.; Carreira, L.; Pupulim, J.; Radovanovic, C. (2016) *Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em unidade de terapia intensiva adulto*. Escola Anna Nery; 20 (1): 48— 54.
- Santos, J., Silva, A.M., Pereira, L. Silva, M., Fonseca, P., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). *A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 4(2), 89— 98. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.116>.
- Santos, Mª José; Oliveira, Cecília (2021) *Contributo das novas tecnologias para a Literacia em Saúde do doente e cuidador no âmbito da Hospitalização Domiciliária — O percurso da literacia em saúde; Literacia em Saúde e Capacitação dos Profissionais*. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde.

- Schumacher KL, Meleis AI. *Transitions: a central concept in nursing*. Image J Nurs Sch. 1994 Summer;26(2):119– 27. doi: 10.1111/j.1547– 5069. 1994.tb00929. x. PMID: 8063317.
- Serra, Miguel; Nascimento, Carla; Ferrão, Sónia; Félix, Isa; Mestrinho, Guadalupe; Mégre, Paula; Lopes, Vera; Antunes, Lina; Coordenadora Maria de Guadalupe Mestrinho (2016). *Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros* (1ª ed.) 2016 Loures: Lusodidata ISBN 978– 989– 8075– 71– 0.
- Silva, Ana Raquel. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau. ISBN: 9789898269119.
- SitammagarK, i; S, Murphy; M, Kowalkowski; SH, Chou; M, Sullivan; S, Taylor; J, Kearns; T, Batchelor; C, Rivet; C, Hole; T, Hinson; P, McCreary; R, Brown; T, Dunn; Z, Neuwirth; A, McWilliams; (2021). Insights From Rapid Deployment of a “Virtual Hospital” as Standard Care During the COVID– 19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*, 174(2), 192–199. <https://doi.org/10.7326/M20–4076>.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária – *As unidades de hospitalização domiciliária portuguesas – atualizado a 27.09.2022 (nehospdom, 2022) disponível em <https://www.spmi.pt/nucleo–de–estudos–de–hospitalizacao–domiciliaria>*.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2000). Normas da SPP: Normas e recomendações para a ventiloterapia domiciliária. *Relatório do Grupo de Ventiloterapia Domiciliária*. Acedido a maio 5, 2012, disponível em: <http://www.sppneumologia.pt/content/normas–da–spp–normas–erecomendacoespara–ventiloterapia–domiciliaria>.
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978– 972– 54– 0440– 9.
- Sousa, João Paulo ALMEIDA (2012,). *A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe*. *Acta Médica Portuguesa*, janeiro– fevereiro 25(1), 37– 43.
- Stephanie Q Ko; Joel Goh; Yee Kian Tay; Norshima Nashi; Benjamin MY Hooi; Nan Luo; Win Sen Kuan; John TY Soong; Derek Chan; Yi Feng Lai; Yee Wei Lim. (2022). *Treating acutely ill patients at home: Data from Singapore*. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 51(7), 392–399. <https://doi.org/10.47102/ANNALS–ACADMEDSG.2021465>.

- Sturesson, A., & Ziegert, K. (2014). *Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: Nurses' experiences*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well— Being*, 9(1), 1–14. <http://doi.org/10.3402/qhw.v9.22952>.
- UECY, Pryor GA & Parker MJ (2017) *Hospital at home – a review of our experience*. *SICOT J*, 3, <https://doi.org/10.1051/sicotj/2017047>.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro da compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Voudris, K., & Silver, M. (2018). *Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes*. *Healthcare* (Basel), 2018 Mar 28;6(2):31. 6 (2), 1– 10. doi: 10.3390/healthcare6020031.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Winck, João Carlos (1998) Ventiloterapia Domiciliaria — sumula das normas e recomendações REV PORT PNEUMOL IV (5): setembro/outubro pag. 479— 486.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long— term therapies. Evidence for actioN*. Geneva: World Health. OrganizatioN. ISBN 92 4 154599 2.
- World Health Organization (2004) *World Alliance for Patient Safety: forward programme* [online] consultado em dezembro 2022, Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>.
- World Health OrganizatioN. WHO. Center for Health Development Ageing and Health Technical Report. (2004a). *A Glossary of terms for community health care and services for older persons*. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf.
- World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN] (2009). *Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Council of Nurses. Disponível em <http://www.apedn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>.
- Wright, Lorraine; Leahey, M.— *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ªed. São Paulo: Roca Editora, 2009. p. 294 ISBN 9788572417747.

Tierney, Barry; Vidar Melby; Stephen Todd (2021). *Service evaluation comparing Acute Care at Home for older people service and conventional service within an acute hospital care of elderly ward*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19–20), 2978–2989. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15805>.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Bibliografia

Amendoeira, José; Silva, Mário; Ferreira, Regina; Dias, Hélia (2021) — *Tutorial Revisão Sistemática De Literatura A Scoping Review*. Edição: José Amendoeira Escola Superior de Saúde de Santarém disponível em [Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém: Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review \(ipsantarem.pt\)](https://repositorio.cientifico.ipsantarem.pt)

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Dialise e Transplantação (2011) *Manual de Diálise Peritoneal para Enfermeiros*. 1ª edição. Crometema – artes gráficas.

Clínica das doenças Renais – *Manual de Hemodiálise*, 1997. Lisboa

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de urgência e emergência*. Lisboa: Lidel.

Ferrito, Cândida; Rabiais, Isabel; Lourenço, Margarida (2022) *Guia da unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”*. Mestrado em Enfermagem. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa

Herdman, T. Heather; Shigemi Kamitsuru e Camila Takáo Lopes (2021 — 2023) *Nursing diagnoses – definitions and classification*. NANDA international, Inc. Nursing Diagnoses. Twelfth Editions. New York

Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2021 — *Normas APA 7ª ed.: Guia informativo do IPVC*

Pinho, José António (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel — Edições Técnicas

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigos selecionados para a Revisão de *Scoping*.

Identificação do artigo		
<i>“Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney”</i>		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Anthony Hecimovic, Vesna Matijasevic and Steven A. Frost	2020 Austrália	Quantitativa analítico retrospectivo
Participantes	Pessoas internadas em Unidades Hospitalização Domiciliária entre janeiro 2017 e dezembro 2019, num hospital em Sydney.	
Objetivo	Caracterizar a pessoa internada em Unidade de Hospitalização Domiciliária na área de Sydney e as necessidades de encaminhamento ao serviço de urgência do hospital.	
Resultados	A maioria das pessoas internadas em Hospitalização Domiciliária auferia necessidade de medicação endovenosa (78%). 11% da população estudada encontravam— se numa situação pós— cirúrgicas com necessidade de manutenção de dispositivos de drenagem; 5% com cuidados especializados de reabilitação; 4% em ponte para terapêutica anticoagulante e 1% medicamentos intra— peritoneais. 2% da população estudada agudizaram, com necessidade de encaminhamento ao serviço de urgência. A duração média do internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária foi de 7 dias.	
Conclusões	Os serviços de Hospitalização Domiciliária reduzem as idas à urgência hospitalar e conseqüentemente reduzem os eventos associados ao hospital como infecções, <i>delirium</i> e problemas nutricionais, sobretudo em populações mais vulneráveis como os idosos.	
Identificação do artigo		

<p>“Hospital in the Home nurses’ recognition and response to clinical deterioration”</p>		
<p>Autor</p> <p>Erika Gray; Judy Currey; Julie Considine</p>	<p>Ano/ país</p> <p>2017 Austrália</p>	<p>Metodologia</p> <p>Estudo exploratório, descritivo e prospetivo</p>
<p>Participantes</p>	<p>Enfermeiros que exercem funções em Unidades de Hospitalização Domiciliária</p>	
<p>Objetivo</p>	<p>Compreender como os enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Hospitalização Domiciliária, reconhecem e atuam perante situações de deterioração clínica de pessoas internadas numa Unidade de Hospitalização Domiciliária.</p>	
<p>Resultados</p>	<p>As características dos enfermeiros e da pessoa internada influenciam a avaliação e decisão. Os sinais e sintomas para reconhecer a deterioração clínica variaram conforme com o contexto clínico da pessoa. Perante uma situação de deterioração clínica os enfermeiros atuam num papel colaborativo com a equipa.</p>	
<p>Conclusões</p>	<p>O enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação e interpretação de sinais e sintomas de deterioração clínica. Os resultados do estudo sugerem que os enfermeiros UHD reconhecem adequadamente e respondem aos sinais de deterioração clínica, considerando o contexto clínico e o ambiente, atuando conforme com diretrizes locais, (inter)nacionais.</p> <p>No futuro, a capacidade de decisão clínica, já reforçada pela experiência e preparação educacional do enfermeiro em UHD, pode ser complementado com auxílio às inovações tecnológicas.</p> <p>Os enfermeiros na UHD são parte integrante de um sistema de saúde sustentável que deve responder às mudanças dinâmicas nas políticas de saúde pública, e satisfazer as necessidades de saúde da comunidade.</p>	

Identificação do artigo		
“Hospitalización Domiciliaria Integral para la atención a pacientes mayores con procesos agudos discapacitantes: factores predictivos de éxito terapéutico”		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Miquel Àngel, Mas; Ramón Miralles; Anna Renom—Guiteras; Xavier Durán y Marco Inzitari	2019/ Espanha	Quantitativo, coorte
Participantes	484 Pessoas idosas internadas em Unidades de Hospitalização domiciliária com diagnóstico médico, ortopédico e cerebrovascular com deterioração funcional entre 2009— 2013, num hospital em Barcelona.	
Objetivo	Determinar quais os fatores que se relacionam com resolução e recuperação da condição clínica e identificar as condicionantes das pessoas idosas internadas numa Unidade de Hospitalização domiciliária.	
Resultados	<p>A maioria das admissões na UHD são transferidas de enfermarias convencionais, pelo que a população idosa apresenta comorbilidades como demências; perda funcional motora; síndromes associadas ao internamento como limitação física e <i>delirium</i>.</p> <p>Foi analisado variáveis como imobilidade, demência, <i>delirium</i>, úlceras de pressão e incontinência e se a presença destes estavam significativamente relacionados com a resolução e recuperação da sua condição. Assim como assistência social e local de residência</p> <p>71,7% com agudização da sua doença médica, houve resolução da doença e 72,1% com recuperação favorável; 87,5% das pessoas com diagnóstico ortopédico resolveram a sua condição e 84,9% com recuperação favorável. Relativamente às doenças de origem cerebrovasculares 77,6% com resolução da sua condição e 73,5% com recuperação favorável. Com ambas variáveis verificou — se</p>	

	<p>67,1 % para doença médica; 81,6% para diagnósticos ortopédicos e 67,3% para doença cerebrovascular.</p> <p>Um índice de pontuação da escala de Barthel >40, ausência de úlceras de pressão e a doença ortopédica foram as variáveis relacionadas com a resolução e recuperação funcional favorável.</p>	
Conclusões	<p>O diagnóstico ortopédico, ausência de úlceras de pressão e pontuação índice de Barthel > 40 estão relacionados com a recuperação funcional favorável e resolução da situação condicionante. No entanto, não foram encontradas relações significativas entre outras variáveis como o local de residência (própria ou institucionalização em residências para idosos), demência, ou até <i>delirium</i>, facto este, que sugere que no contexto de hospitalização domiciliária, para pessoa idosa, as variáveis preditores clínicas são semelhantes aos outros níveis de cuidados hospitalares.</p>	
Identificação do artigo		
<p>“Identifying no – harm incidents in home healthcare: a cohort study using trigger tool methodology”</p>		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Marléne Lindblad; Maria Unbeck; Lena Nilsson; Kristina Schildmeijer e Mirjam Ekstedt	2020/Suécia	Quantitativo descritivo exploratório
Participantes	<p>Seleção aleatória de todos os registos de pessoas com idade superior a 18 anos admitidos nas Unidades em estudo, durante o ano 2015.</p>	
Objetivo	<p>Explorar a ocorrência de incidentes sem danos, caracterização, causas e potenciais contribuintes à sua ocorrência em unidades de internamento domiciliário.</p>	

Resultados	<p>Identificaram 313 incidentes, sem danos graves, mas que afetaram 177 (29,5%) pessoas; destes, 198 (63,2%) foram sem danos, e em 127 (21,2%) pessoas, foram considerados evitáveis. Os incidentes mais comuns foram "queda sem danos", "dor moderada" e "deficiências na gestão de medicamentos", sendo que esta é considerada tendo uma taxa de prevenção duas vezes superior à de "queda sem dano" e "dor moderada".</p> <p>A causa contribuinte potencial mais comum foi "deficiências nos cuidados de enfermagem, ou seja, intervenções atrasadas, erróneas, omissão ou incompletas".</p>
Conclusões	<p>Reconhecer os principais incidentes sem dano, e as suas potenciais causas contribuintes, são valiosas fontes de conhecimento para melhorar a segurança da pessoa em casa, uma vez que destacam falhas nos cuidados prestados no domicílio que indiciam riscos de ocorrer eventos adversos.</p>

Identificação do artigo

“Implementation of a hospital – at – home (HAH) unit for hematological patients during the COVID – 19 pandemic: safety and feasibility”

Autor	Ano/ país	Metodologia
Ignacio Gómez – Centurión; Gillen Oarbeascoa; María Carmen García; María Carmen López Fresneña; María Josefa Martínez Carreño; Vicente Escudero Vilaplana; Eva González – Haba; Rebeca Bailén; Nieves Dorado; Luis Miguel Juárez; Gabriela Rodríguez Macías; Patricia Font López; Cristina Encinas; Mariana Bastos – Oreiro; Javier Anguita;	2021 /Japão	Quantitativo analítico retrospectivo

María Sanjurjo; José Luis Díez – Martin; Mi Kwon			
Participantes	Pessoas com diagnóstico de neoplasias hematológicas internadas em hospitalização domiciliária, durante a pandemia de COVID – 19.		
Objetivo	Descrever a implementação de uma unidade de Hospitalização Domiciliária especificamente para monitorização clínica e analítica, administração de tratamentos e programas específicos de tratamento domiciliária, para pessoas com neoplasias hematológicas.		
Resultados	Entre janeiro e novembro de 2020, 105 pessoas com doença neoplásica hematológica foram atendidos na unidade Hospitalização domiciliária num total de 204 episódios.		
Conclusões	A implementação de uma UHD de Hematologia foi viável e segura e forneceu cuidados avançados completos a uma população de alto risco. Estratégias avançadas de cuidados em casa podem ser cruciais durante os tempos de COVID – 19 para minimizar as interrupções do tratamento e reduzir o risco de infeções.		
Identificação do artigo			
“Telling the difference and the telling differences between hospital in the home and outpatient parenteral antibiotic therapy”			
Autor	Ano/ país	Metodologia	
Michael Montalto e Stephanie Q. Ko	2022 Austrália	Revisão literatura	
Participantes			
Objetivo	Descrição das diferenças de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária e um Serviço de administração de terapêutica antibiótica endovenosa em ambulatório.		

Resultados	Existem diferenças significativas entre UHD e unidades de terapêutica antimicrobiana em ambulatório. Os gestores hospitalares devem ter o cuidado de distinguir os dois serviços. Além disso, nalguns sistemas de saúde, as UHD integram este modelo de ambulatório, oferecendo – o como opção.	
Conclusões	Os serviços de administração de antibióticos por via endovenosa em ambulatório, surge como opção em situações menos complexas e com menores comorbilidades. Por outro lado, nas UHD são assumidos cuidados de maior complexidade e uma capacidade de gestão de comorbilidades que estão associadas agudização da doença. As UHD estabelecem um desafio à prestação de cuidados dos hospitais face às mudanças tecnológicas, demográficas, de doença, custos e preferências da pessoa.	
Identificação do artigo		
"Service evaluation comparing Acute Care at Home for older people service and conventional service within an acute hospital care of elderly ward"		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Barry Tierney; Vidar Melby; Stephen Todd	2020 Irlanda	Quantitativo coorte retrospectivo
Participantes	Pessoas idosas admitidas em unidades de hospitalização domiciliária e num internamento convencional num Hospital na Irlanda do Norte.	
Objetivo	Comparar a eficácia dos serviços numa unidade de UHD, no tratamento de pessoas idosas em comparação com internamento num enfermaria convencional.	
Resultados	Incluídos 515 pessoas idosas. Não houve diferença estatística em termos de variáveis demográficas. UHD recebeu pessoas com índice de dependência mais elevado, justificado por admissões de maior número de pessoas idosas residentes em Lar. Os	

	<p>diagnósticos mais comuns admitidos em ambos locais foram as infecções respiratórias. As infecções do trato urinário e renal, desidratação foram diagnósticos com maior representação nas pessoas idosas admitidas em UHD. Por sua vez, diagnósticos do fórum neurológico, foram os mais relatados na admissão na enfermaria convencional.</p> <p>Na UHD foram admitidas pessoas idosas provenientes do centro de saúde, enquanto na enfermaria convencional foi do Serviço de urgência.</p> <p>A UHD está associada maior taxa de mortalidade aos 30 dias, 3 meses e 6 meses. Assim como taxa de readmissões. No entanto, no respeito ao tempo de internamento, as pessoas idosas internadas na enfermaria convencional permaneciam em média mais 14 dias do que em UHD.</p> <p>Relativamente ao grau dependência houve melhoria significativa na UHD, houve pessoas idosas no momento de alta, com grau dependência superior ao da admissão, ao invés dos idosos internados em UHD.</p> <p>Após alta, 71% das pessoas idosas internados na enfermaria convencional necessitaram de cuidados de reabilitação após alta, enquanto apenas 6% das pessoas idosas em UHD necessitaram e cuidados de reabilitação no após alta.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>As pessoas idosas admitidas em UHD, tinham um grau de dependência mais elevado, maiores comorbidades e eram residentes de Lares, razão que justifica a taxa de mortalidade mais elevada, uma vez que apenas 2,5% dos idosos faleceram no período de internamento em UHD, enquanto 12,5% faleceram no período de internamento na enfermaria convencional.</p> <p>As pessoas idosas internadas numa enfermaria convencional, têm maior probabilidade de declínio na mobilidade, aumentando o grau de dependência.</p> <p>Um internamento mais curto em UHD, as pessoas idosas no seu próprio domicílio mantêm as suas funções de base, evitando os riscos associados ao internamento convencional (imobilidade, quedas, <i>delirium</i>, infecções nosocomiais).</p>

	A UHD é mais rentável que os internamentos convencionais, devido à diminuição do tempo de internamento, melhoria da funcionalidade motora e menor número de encaminhamentos para outros apoios comunitários.	
Identificação do artigo		
“Outcomes of Hospital at Home for Older Adults with and without High Levels of Social Support”		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Matthew R. Augustine; Albert L. Siu; Kenneth S. Boockvar; Linda V. DeCherrie; Bruce A. Leff; Alex D. FedermaN.	2022 EUA	Quantitativo analítico prospetivo coorte
Participantes	Pessoa adulta superior a 18 anos internada em UHD pessoas adultas internadas em enfermaria tradicional, de novembro de 2014 a agosto de 2017.	
Objetivo	Determinar como o suporte social influencia a eficácia dos cuidados prestados numa UHD relativamente ao tempo de internamento, reinternamentos a 30 dias, idas aos Serviços de urgência e referência para apoios pós— alta.	
Resultados	Não tendo em conta o suporte social, as pessoas internadas em UHD têm menor tempo de internamento; menor taxa de reinternamento a 30 dias; menor número de idas ao Serviço de urgência e menor taxa de referência para apoios no pós— alta. Ao incluir variável suporte social verificou— se associação estatisticamente significativa relativamente ao tempo de internamento; reinternamentos e referência para apoios no pós— alta mantendo— se inferiores para pessoas internadas em UHD, não entanto, não houve diferenças face aos números de idas ao serviço de urgência.	
Conclusões	A falta de apoio social está associada a taxas mais altas de reinternamento após a hospitalização tradicional por condições	

	crónicas comuns. A UHD incluiu uma equipa multidisciplinar experiente, capaz de reconhecer e preencher lacunas de apoio social durante o episódio agudo e a 30 dias de cuidados de transição domiciliários pós— agudos.	
Identificação do artigo		
Treating acutely ill patients at home: Data from Singapore		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Stephanie Q Ko; Joel Goh; Yee Kian Tay; Norshima Nashi; Benjamin MY Hooi; Nan Luo; Win Sen Kuan; John TY Soong; Derek Chan; Yi Feng Lai; Yee Wei Lim	2022 Singapura	Quantitativo coorte retrospectivo
Participantes	Pessoas internadas numa Unidade de UHD entre setembro de 2020 a setembro de 2021.	
Objetivo	Caracterizar o desenvolvimento de uma UHD quanto aos dados demográficos, resultados clínicos e custos.	
Resultados	Um total de 108 internados em UHD. A média de idade foi de 67,9 (desvio padrão de 16,7) anos, sendo 46% do sexo masculino. Os principais diagnósticos foram infeções da pele e das partes moles (35%), infeções do trato urinário (29%) e sobrecarga hídrica (18%). O tempo médio de internamento foi de 4 dias. Sete pessoas foram encaminhadas de volta ao hospital, dos quais duas morreram após o encaminhamento. Uma pessoa morreu em casa.	
Conclusões	Identificamos 3 desafios principais para desenvolver e ampliar a hospitalização domiciliária: definição os critérios de admissão; mudança de mentalidade das pessoas para aceitar a casa como uma alternativa para a prestação de cuidados ao nível hospitalar.	

	As UHD são uma alternativa segura e viável.	
Identificação do artigo		
Virtual wards: a rapid evidence synthesis and implications for the care of older people		
Autor	Ano/ país	Metodologia
Gill Norman; Paula Bennett; Emma R.L.C. Vardy	2023 Reino Unido	Revisão Literatura
Participantes	Pessoas idosas e com múltiplas comorbidades.	
Objetivo	Verificar as evidências existentes, face ao custo— eficácia das enfermarias virtuais; as barreiras e facilitadores ao seu uso; como são usados; e a experiência da pessoa, cuidadores e profissionais.	
Resultados	<p>Encontradas 28 revisões de literatura, relacionadas com a Hospitalização domiciliária. A taxa de mortalidade foi mais baixa para a hospitalização domiciliária. Admissões em estruturas residenciais para idosos no pós— alta foram mais baixas nas UHD.</p> <p>Não há evidências sobre as implicações de custo para pessoa e cuidadores. Barreiras condicionantes podem ser a vários níveis: organizacional, clínico e da própria pessoa doente. A satisfação da pessoa é superior quando internada em UHD. A evidência para a experiência do cuidador é limitada.</p>	
Conclusões	Há evidências substanciais para a eficácia clínica do hospital em casa.	

APÊNDICE II – Póster apresentado no 50th EDTNA/ERCA International Conference 2022 – “Intradialytic muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment”.

Intradialytic muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment

Rita Victor¹, Mónica Costa¹

¹ Diaverum Portugal – Odovlas Renal Center



Introduction

Muscle cramps are one of the most common and unpleasant intradialytic complications among patients on hemodialysis. It is extremely painful, impacting the quality of life, adherence, and compliance with the dialysis treatments.

Objective

To identify nursing interventions and their impact on the prevention and treatment of cramps based on current scientific evidence.

Research methodology

International literature review on the databases: MEDLINE, NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION; CINAHL, COCHRANE (through the EBSCO platform, with access by the Portuguese Nursing Council), PUBMED. The descriptors MeSH combined with the Boolean characters "Muscle Cramp" AND "Renal Dialysis" AND "Nursing Care" were defined with a time frame of 2000-2021. We also created a workgroup in a single renal centre composed of a nephrologist and hemodialysis experiment nurses.

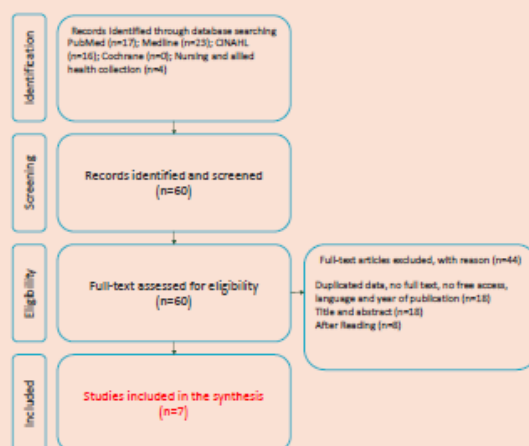


Fig. 1 – Scoping review flow diagram

Results



Chart 1 - Evidence of intervention strategies to manage the intradialytic cramps

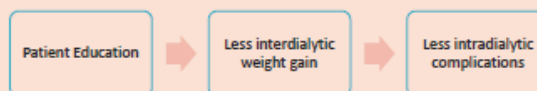


Fig. 2 – Patient education and intradialytic complication



Fig. 3 – Intradialytic hypotension and cramps



Conclusion

The negative effects of muscle cramps associated with hemodialysis are consensual among the various authors. However, the lack of a consensual definition of aetiology makes it challenging to map the nursing interventions. Although patient and family education is accepted as an effective intervention, it emphasises the importance of this autonomous nursing intervention.

APÊNDICE III – Plano da Sessão de Formação “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”.

Plano da Sessão

Tema: “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros da UCI para intervenções de enfermagem efetivas:

- na manutenção do cateter venoso central para hemodiálise;
- controlo e prevenção de complicações

Tempo estimado da sessão: 20 minutos

Data: 24 de outubro, 2022 Via presencial e via zoom

Local: sala de trabalho UCI

Formadora: Rita Victor, aluna Mestrado em Enfermagem na área de Médico Cirúrgica: Intervenção à Pessoa em situação crítica

Etapa	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos
Introdução	<ul style="list-style-type: none">– Apresentar o tema e objetivo da sessão.	<ul style="list-style-type: none">– Tema– Sumário– Objetivo da sessão	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">– Reconhecer especificidades do CVC para HD– Refletir acerca das especificidades do manuseamento do CVC para HD;– Refletir acerca das intervenções realizadas na prevenção de complicações.	<ul style="list-style-type: none">– Breve abordagem aos tipos de cateter para hemodialise;– Locais de inserção;– Principais complicações;– Procedimentos adequados na prevenção de complicações;– Norma N.º 022/2015 da DGS de 16/12/2015 relativa ao “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com o CVC.	Método expositivo com recurso ao computador e projetor
Síntese	<ul style="list-style-type: none">– Esclarecer dúvidas da sessão;– Preenchimento de questionário de avaliação da sessão		Entrega do questionário de avaliação da sessão

APÊNDICE IV – Apresentação da sessão de formação com o tema: “Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”.



Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI



Trabalho elaborado por:
Rita Victor
Sob Orientação:
Enf^a Diana Cipriano

Sumário

- | Cateter venoso central para hemodiálise temporário vs permanentemente
- | Cateterização
- | Complicações
- | Intervenções de enfermagem na prevenção de complicações

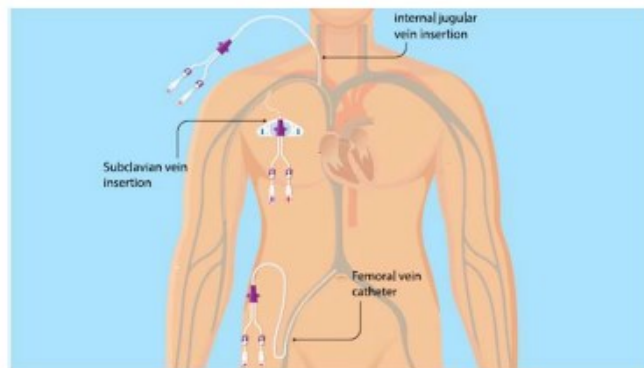
Objetivo

- i Capacitar os enfermeiros da UCI para intervenções de enfermagem efetivas, segundo *guidelines* recentes:
 - na manutenção do cateter venoso central para hemodiálise;
 - controlo e prevenção de complicações.

Cateter venoso central para hemodiálise



<https://cardiomed.com/catalog/dialysis/tempoath-hemodialysis-catheter/>

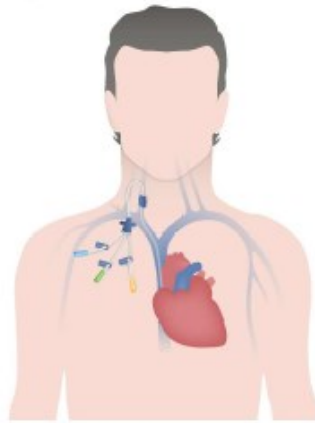


Fonte: <https://www.kidneycareuk.org/about-kidney-health/treatments/dialysis/haemodialysis/inserting-your-tunnelled-haemodialysis-catheter-permcath/>

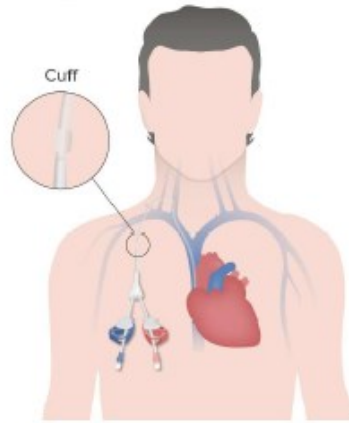


<https://www.mdsauade.com/nefrologia/hemodialise/>

A Non-tunneled catheter



B Tunneled catheter

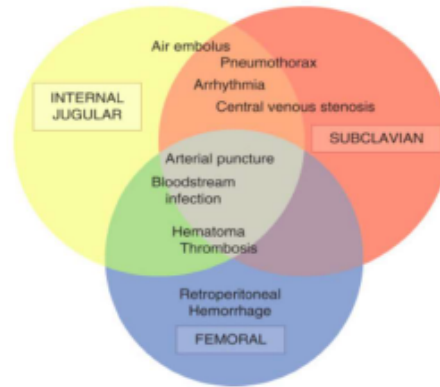


Fonte: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/descricao-geral-e-tipos-de-dialise/>



Practice Guidelines for Central Venous Access 2019

Principais complicações relacionadas com local de inserção



(Clerk & Berszuk, 2014)

9



Ferreira V, Andrade D. 2007

10

Complicações :

i fluxo sangue insuficiente (posição inadequada da ponta do cateter);

i formação de trombos;

i infecção

Ferreira V, Andrade D. (2007)



<http://repositoriodigital.tuxtla.tecnm.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/1793/MDRPIIM2014069.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Weight	Cuffed/Asymptotic	Weight	Cuffed/Asymptotic
<10kg	TYAN 7 FR x 18cm (straight)	<10kg	SLSP 6 FR x 18cm (straight)
10-20kg	SLSP 6 FR x 18cm (straight)	10-20kg	SLSP 6 FR x 18cm (straight) MSLNP 6 FR x 20cm (straight)
20-30kg	XTPM45 9 FR x 18cm (Anderson - curved) XTPM40 9 FR x 18cm (Anderson - curved) XTPM47 9 FR x 18cm (straight)	20-40kg	HEXTD47 18 FR x 18cm (straight) (18cm tip to cuff)
>30-50kg	XTPM42E 11.5 FR x 18cm (pre-curved) XTPM42SE 11.5 FR x 18cm (pre-curved) XTPM47 11 FR x 20cm (straight)	>40kg	SLSPCE 12.5 FR x 20cm (pre-curved) MCDK42 12.5 FR x 20cm (straight) (18cm tip to cuff) SLSP 12.5 FR x 20cm (straight) (23cm tip to cuff) SLSE 12.5 FR x 22cm (straight) (23cm tip to cuff)
>50kg	OPST18ACE 18 FR x 18cm (curved extracorporeal) OPST18ATE 18 FR x 20cm (straight)	>50kg	HPS4PCE 14.5 x 20cm (pre-curved) HPS4PCE 14.5 x 20cm (pre-curved) HPS32E 14.5 x 20cm (straight) HPS32E 14.5 x 20cm (straight)

<https://starship.org.nz/guidelines/haemodialysis-catheter-insertion/>



https://www.researchgate.net/figure/A-tunneled-double-lumen-hemodialysis-catheter-was-inserted-through-the-left-internal_fig1_5123638

! Trombose

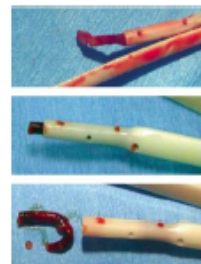
- lavagem do lúmen usando uma seringa (10 mL);

Uso de soluções tampão inter-dialítica:

- ativador de plasminogénio tecidual recombinante (tPA);
- uso de solução de heparina sódica (1.000 U/mL) nos lumens do cateter **(mais usada)**
- Citrato trissódico 4% **(mais recomendada)**

Combinadas ou não com antibacteriano (pouco conclusivo para cateteres de curta duração)

Gunawansa et al., 2018



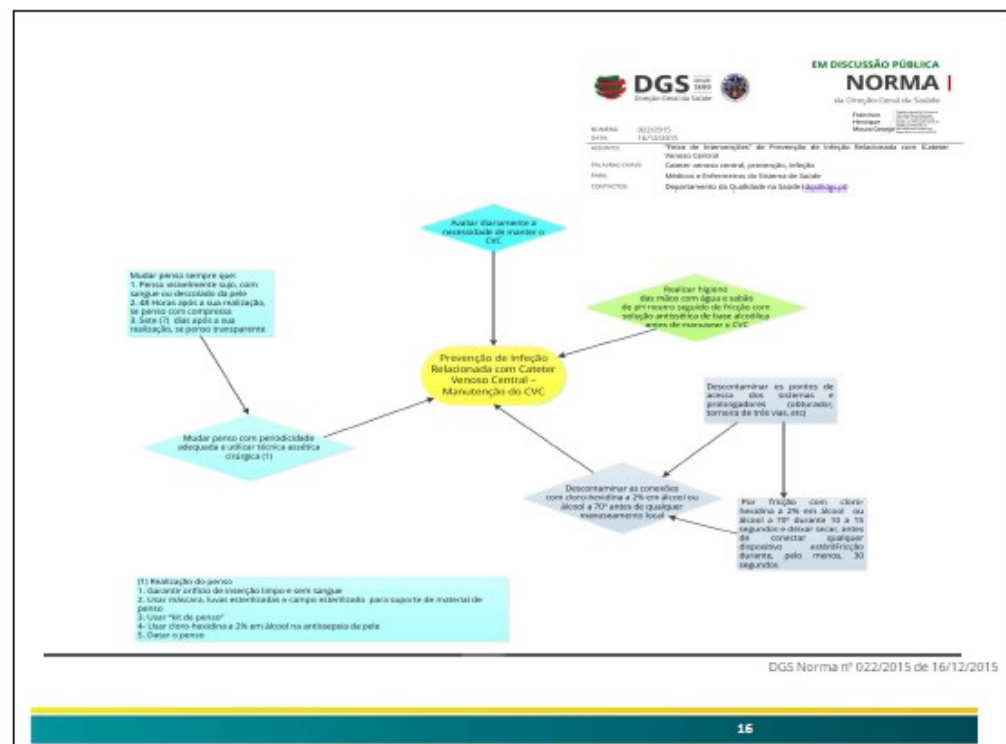
I Infecção

“As UCI foram os serviços onde se verificaram maior incidência de IACS e também aos quais foram associados maiores custos financeiros.”

“A relação entre o desenvolvimento de IACS e a presença de dispositivos invasivos, é comprovada.”

“Mais de metade destas infeções são possíveis de prevenir com base na implementação de estratégias preventivas baseadas na evidência científica”

(Gonçalves; Carmo, 2022)



A técnica asséptica é usada durante os procedimentos clínicos para identificar e prevenir a contaminação microbiana de peças e locais assépticos, garantindo que eles não sejam tocados direta ou indiretamente . Um método amplamente utilizado de técnica asséptica é conhecido como Aseptic Non Touch Technique (ANTT®).

key parts - peças esterilizadas do equipamento.



key sites - feridas abertas, sítios de inserção e acesso.

Exemplos incluem:




- Sítios de inserção CVC ou PICC
- feridas abertas

<https://www.ech.org/media/mkibuj/non-touch-aseptic-technique-2018.pdf>

Executar a manipulação do cateter central para hemodiálise com *kit* de conexão/desconexão




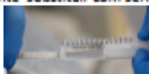
Data Elaboração da Versão Atual	19-04-2022
Âmbito	Manipulação e manutenção do cateter central para hemodiálise.

Cuidados ao local de inserção

- Higienização das mãos
- Reunir os seguintes materiais e equipamentos necessários (campo cirúrgico, compressas esterilizadas, penso transparente, solução alcoólica clorhexidina 2%)
- EPI's (máscara (profissional e doente), avental)
- A face do doente virada para o lado oposto ao local de inserção do cateter
- Remover a cobertura das extremidades do CVC e o penso do local de inserção do CVC, com uma mão, e com a outra colocar campo cirúrgico, e pulverizar com uma solução de alcoólica clorhexidina 2%

- Inspeccionar o local de inserção do CVC para procurar sinais de inflamação ou infeção (rubor, exsudado/sangramento, odor, sensibilidade, contusões, inchaço)
- Calçar luvas esterilizadas
- Levantar as extremidades do CVC com uma mão, usando uma compressa (Aseptic Non Touch Technique)
- Com uma compressa na outra mão, desinfetar a pele começando no local de inserção e fazendo movimentos circulares do centro para a periferia no sentido dos ponteiros do relógio.

- Repetir o passo anterior no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio
- Utilizando uma nova compressa, desinfetar qualquer parte do lúmen do cateter que se encontre exposto até ao encaixe (movimento no sentido descendente), respeitando o tempo de contacto (15 segundos) com o desinfetante e mantendo sempre as extremidades envoltas numa posição elevada
- Colocar o penso estéril sobre o local de inserção quando a pele nessa área se encontrar seca


19

Cuidados cateter início técnica dialítica

- Higienização das mãos
- Preparação do material necessário (campo cirúrgico, solução desinfetante, 2 seringas de 5 ml, 2 seringas de 10 ml e SF 0,9%, luvas esterilizadas, compressas esterilizadas)
- Verificar se os lumens e os clamps estão intactos e sem torções
- Desinfetar os lumens com solução alcoólica de clorhexidina 2%
- Com uma compressa esfregar a extremidade do lumen arterial e a tampa aplicando ação mecânica/fricção, no sentido ascendente, durante pelo menos 15 segundos, repetir com uma nova compressa para lumen venoso, descartar as compressas no contentor de resíduos
- Levantar a extremidade arterial com uma nova compressa (técnica non-touch), segurar uma seringa de 5 mL na outra mão e remover a tampa protetora e conectar imediatamente a seringa de 5 mL.



- Esfregar durante pelo menos 15 segundos à volta da extremidade do CVC.
- Abrir o clamp e remover a solução de anticoagulante, cerca de 3 ml.
- Repetir para lúmen venoso
- Retirar a seringa com solução anticoagulante substituir com seringa com 10 ml de SF para verificar a permeabilidade do lúmen

- Garantir o cumprimento rigoroso da técnica "non-touch"

20

Cuidados cateter final técnica dialítica

- Higienização das mãos
- Preparar o material necessário (campo cirúrgico, compressas esterilizadas, penso de lumens, solução alcoólica clorhexidina 2%, 2 seringas de 10 ml, SF 0,9%, 2 seringas de 2 ml e 1 frasco heparina, 4 agulhas de diluição)
- EPI's (máscara (profissional e doente), avental)
- A face do doente virada para o lado oposto ao local de inserção do cateter
- Preparar 2 seringas de 10 ml de SF mantendo a mão que segura a seringa esterilizada, e 2 seringas de 2 ml com heparina
- Colocar novo campo cirúrgico por cima do anterior, remover luvas e pulverizar os locais de acesso/conexão com solução alcoólica ou clorhexina 2%
- Calçar luvas esterilizadas e com compressas friccionar os locais de conexão
- Proceder a infusão, com a mão tocou no monitor, segura no ramo arterial pela parte posterior do campo ou utilizando uma compressa esterilizada, mantendo a técnica non touch e a mão que se mantém esterilizada conecta a seringa de SF segura no ramo arterial
- Repetir para linha venosa
- Trocar de luvas
- Instilar SF e heparina consoante o volume padronizado pelos lumens do cateter
- Limpar com luvas esterilizadas fricção as key parts e colocar tampas de proteção
- Colocar penso de proteção



21

Conclusão

Prevenção de complicações

• ENFERMEIROS

Eficiência da TSR

Redução do tempo de necessidade TSR

22

Referências bibliográficas

- | Gunawansa, N., Sudusinghe, D. H., & Wijayarathne, D. R. (2018). Hemodialysis Catheter-Related Central Venous Thrombosis: Clinical Approach to Evaluation and Management. In *Annals of Vascular Surgery* (Vol. 51, pp. 298–305). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2018.02.033>
- | Gonçalves SCM, Carmo TIGD. Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2022;11(1), e2746. DOI: 10.22235/ech.v11i1.2746
- | Ferreira V, Andrade D. Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40 (4): 582-88, out./dez.
- | De Lima Guimarães, G., Gouveia, V. R., Yovana, I., Mendonça, O., Dos, A., Corrêa, R., Siqueira De Matos, S., & Guimarães, J. O. (2017). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER VENOSO CENTRAL NURSING INTERVENTIONS FOR HEMODIALYSIS PATIENTS THROUGH CENTRAL VENOUS CATHETER INTERVENÇÕES DE ENFERMERIA EM EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL. *Rev Enferm UFPE on Line*, 11(3), 1127–1162. <https://doi.org/10.5203/reuol.10544-93905-1-RV.1103201702>
- | Lok CE, Huber TS, Lee T, et al; KDOQI Vascular Access Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4)(suppl 2):S1-S164
- | Practice Guidelines for Central Venous Access: 2020: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Central Venous Access, 2020
- | Quenot, J. P., Helms, J., Bourredjem, A., Dergent, A., Meziani, F., Badie, J., Blasco, G., Pilon, G., Capellier, G., Mezher, C., Rebibou, J. M., Nadj, A., Crepin, T., Barbar, S. D., Redi, C., Cransac, A., Boulin, M., Binquet, C., Soudry-Paure, A., & Bruyère, R. (2019). Trisodium citrate 4% versus heparin as a catheter lock for non-tunneled hemodialysis catheters in critically ill patients: a multicenter, randomized clinical trial. *Annals of Intensive Care*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0553-4>
- | A Nursing Best Practice Guide for Central Venous Catheter Vascular Access Management and Care, n.d.: Central Venous Catheter Guidelines-4_3, n.d European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)
- | Emily Parsons, Practice Development nurse for Oncology, Haematology and Stem Cell Transplant/Reviewed BRHC Nurse Practice Group Clinical Guideline CENTRAL VENOUS CATHETER GUIDELINES Version 4.3 April 2021 - Review April 2022
- | Clark, E. G., & Bersuk, J. H. (2014). Temporary hemodialysis catheters: Recent advances. In *Kidney International* (Vol. 86, Issue 3, pp. 888–895). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/nki.2014.162>
- | Direcção Geral de Saúde (2015) Norma 022/2015 "Feixa de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central

Obrigado!



15º Mestrado em Enfermagem – área de especialização em enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica

Rita Victor

ritavictor@cpso.pt

APÊNDICE V – Questionário de avaliação da sessão de formação.

Avaliação da sessão de formação

“Cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central para hemodiálise em UCI”

Data: 24 de outubro de 2022

Local: Unidade Cuidados Intensivos.

Formando: Rita Victor, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Médico – cirúrgica: Pessoa em Situação crítica

Ação de formação e seu conteúdo	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Utilidade dos conteúdos apresentados para a prática clínica.					
Adequação da duração da formação.					
Cumprimento do horário.					
Condições ambientais e equipamentos	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Instalações e condições ambientais.					
Equipamentos didáticos utilizados.					
Formador	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição da temática.					
Domínio do formador face ao tema desenvolvido.					
Capacidade de o formador esclarecer dúvidas.					
Gestão do tempo disponível					
Motivação e interação com formandos.					
Avaliação Global	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação Global da Formação.					

Obrigada pela participação! 😊

APÊNDICE VI – Resultados da avaliação da sessão de formação.

Resultados da avaliação da sessão de formação

Total de enfermeiros que frequentou a sessão de formação: 12 elementos.

Total de enfermeiros da equipa: 49 elementos contratados.

Sendo que, 29,49% dos enfermeiros da equipa, participou na sessão de formação realizada.

Ação de formação e seu conteúdo	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Utilidade dos conteúdos apresentados para a prática clínica.				16,67%	83,33%
Adequação da duração da formação.				16,67%	83,33%
Cumprimento do horário.					100%
Condições ambientais e equipamentos	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Instalações e condições ambientais.				41,66%	58,33%
Equipamentos didáticos utilizados.				33,33%	66,67%
Formador	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição da temática.					100%
Domínio do formador face ao tema desenvolvido.					100%
Capacidade de o formador esclarecer dúvidas.				33,33%	66,67%
Gestão do tempo disponível				25%	75%
Motivação e interação com formandos.				41,66%	58,33%
Avaliação Global	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação Global da Formação.				16,67%	83,33%

Apêndice VII — Póster apresentado no Encontro Renal 2022 – “Caibras intradialíticas: intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento”.

CAIBRAS INTRADIALÍTICAS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Rita Victor¹, Mónica Costa¹

¹Diaverum Portugal – Odivelas

Introdução

O doente com doença renal crónica em fase terminal, com necessidade de hemodialise convive com um tratamento de grande impacto tanto na sua vida, como dos seus familiares. As caibras musculares são das complicações intradialíticas, mais temíveis pelos doentes em hemodiálise, uma vez que se caracterizam por dores intensas com repercussões na qualidade de vida, na tolerância e aceitação do tratamento dialítico. Os cuidados de enfermagem são um pilar fundamental na necessidade de adesão ao tratamento e na manutenção da qualidade de vida.

Objetivo

Identificar as intervenções de enfermagem e qual o seu impacto na prevenção e tratamento das caibras, baseada na evidência científica atual.

Metodologia

Revisão da literatura nas bases de dados: MINDLE, CONCRANH, CINAHL (através da plataforma EBSCOhost, com acesso pela Ordem Enfermeiros) e PUBMED sendo definidos os descritores combinados com carácter booleano “hemodialysis” AND “camprs” AND “nursing”). Os critérios de inclusão: janela temporal (2010-2022), texto completo escrito em português, espanhol ou inglês e de acesso livre.

Resultados

Dos 60 artigos encontrados, após aplicação dos critérios de inclusão e leitura integral do texto, incluímos 7 artigos relevantes à nossa questão de investigação.

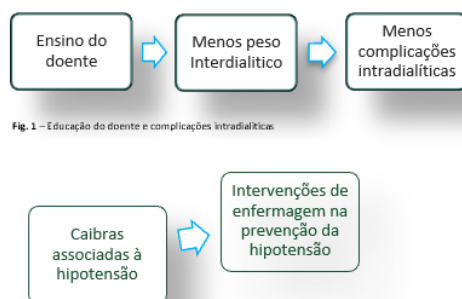


Fig. 1 – Educação do doente e complicações intradialíticas.

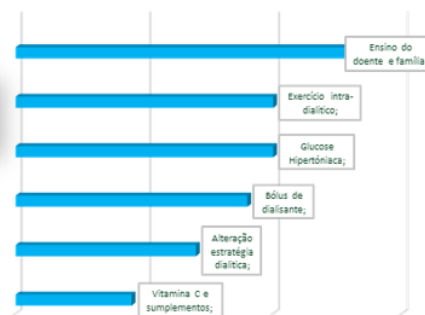


Grafico 1 – Evidência de estratégias de intervenção no tratamento e prevenção das caibras intradialíticas

Conclusão

As caibras são das complicações mais frequentes da hemodialise, ocorrem sobretudo, nos membros inferiores e predominantemente, na segunda metade da sessão de hemodialise. A sua etiologia não é consensual, mas frequentemente são precedidas de hipotensão arterial. O ensino com envolvimento da família, destaca-se como aspeto primordial na intervenção autónoma do enfermeiro perito em hemodiálise.

Referências Bibliográficas

Raymond, C. Colette B., and Watson, Lori D. (2015) Treatment of leg cramps in patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis. The CANNT Journal • July-September 2015, Volume 21, Issue 3: 20-23. Costa, R. H. S., Daniels, A. L. de M., Leite, E. M. D., Lima, A. L. B. de C., Vitor, A. F., & de Silva, B. A. R. (2015). Complications in renal patients during hemodialysis sessions and nursing interventions. Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online, 7(1): 2137-2146. <https://doi.org/10.9799/2175-3365.2015.v7i1.2137-2146>. Evans, E. C. (ed.). Hemodialysis-Related Cramps and Nocturnal Leg Cramps-What Is Best Practice? In Nephrology Nursing Journal (Vol. 40, Issue 6). Kuo, P. Y., Sarav, P., Argentina, M., Hong, M., Bragg-Gresham, L., Klein, S., Gillespie, B. W., Zhang, K., & Verrill, T. C. (2020). Cramping, chills, extradialyzer, and clotting: A qualitative study of patient definitions of a “bad run” on hemodialysis. BMC Nephrology, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01727-8>. Rogga, A., Dacorak, N., Thomas, A., Muthuswamy, R., McFarlane, P., Donnelly, S., & Goldstein, M. (2009). In-center nocturnal hemodialysis: Another option in the management of chronic kidney disease. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4(4), 770-781. <https://doi.org/10.2214/CJN.01220809>. Firth, J. E., Willard, T., Lumby, E., Castle, G., Ozaib, J., Abdel-Rahman, E. M., Fai, A. B., Rivara, M. B., et al. Fisher, W. L., Weisbord, S. D., Willis, C. M., & Meisner, R. (2019). Evidence-informed symptom management among hemodialysis patients: Paths forward for insomnia, muscle cramps, and fatigue. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 14(1): 150-160. <https://doi.org/10.2214/CJN.07030818>. Zolfaghari, M., Azari, P., Behramzadeh, F., Alimadadi, S., & Vaghari, H. (n.d.). Comparison of two educational methods (family-centered and patient-centered) on hemodialysis-related complications. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research (Vol. 20).



Apêndice VII — Póster apresentado V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: *Scoping review*”.

NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS DOENTES EM UNIDADES INTENSIVAS: SCOPING REVIEW

Autoras: **Ana Lúcia Barreto¹**; **Margarida Cortez¹**; **Rita Victor¹**; **Sara Roseira¹**; **Lurdes Martins²**

¹Estudantes XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica; ²Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Introdução:

Falar em espiritualidade é falar do sentido da vida, valores, transcendência, relação e transformação (Caldeira, 2009; Kolody & Sousa Pontífice, 2019). A sua definição é complexa e incorpora uma ampla variedade de conceitos, está ligada à subjetividade humana, na conexão com um contexto maior e significativo. A dimensão espiritual, sendo considerada como algo intrínseco, é afetada e torna vulnerável a pessoa que se encontra internada, especialmente numa Unidade Cuidados Intensivos (UCI). Esta dimensão influencia a capacidade de lidar com a doença. Segundo Kolody & Sousa Pontífice (2019, p. 57), os "profissionais de enfermagem têm o dever de colocar a espiritualidade como foco do diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde."

Objetivo:

Mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente internado numa UCI.

Materiais e Métodos:

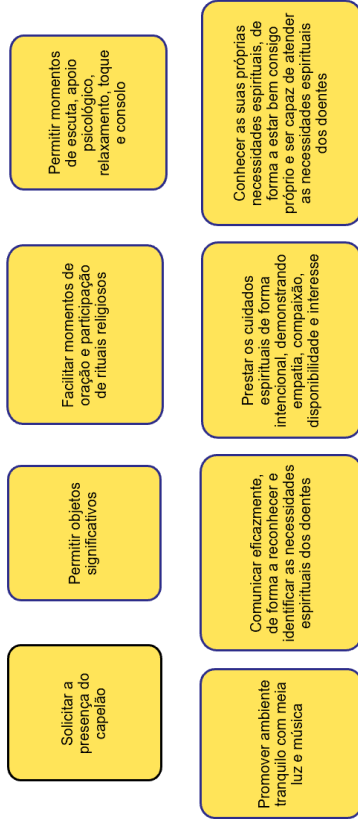
Questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente, internado numa UCI?**

- Scoping review, seguindo metodologia PCC.
- Bases de dados: MEDLINE, COCHRANE, CINAHL (através da plataforma EBSCOhost) descritores combinados com carácter booleano: "Spiritual needs" OR "Spiritual dimension" OR "Spiritual" AND "Intensive care unit" OR "Intensive care" AND "Nurse" OR "Nursing care".
- Critérios de inclusão: Artigos publicados entre 2015 e 2022, de acesso livre ao texto integral, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol.
- Critérios de exclusão: Criações e internamentos noutros contextos que não UCI.

Conclusão:

Na UCI, a intervenção do Enfermeiro no cuidado à pessoa com necessidades espirituais é ainda desvalorizada (Bone, et al, 2018; Rahman, et al, 2021). Estudos e reflexões acerca das necessidades espirituais do doente e de intervenções a realizar pelo Enfermeiro são necessários para guiar a prática assistencial e promover uma melhor compreensão do papel da Enfermagem no cuidado integral e humanizado.

Resultados:



Referências Bibliográficas

Berggren, A. A. (2021). The development of Spiritual Nursing Care Theory using descriptive constructivist approach. *Being Nursing Journal*, 7(1), 193-170. <https://doi.org/10.33844/bnj.1505>, disponível em <https://www.bjnm.org.br/revista/index.php/bjnm/article/view/1505>

Bone, N., Sanchez, M., Hecht, N., Tobin, F. & Cook, D. (2018). Critical care nurses' experiences with spiritual care. *The open study American Journal of Critical Care*, 27(3), 212-219. <https://doi.org/10.4077/ajcc.20180300>

Caldeira, S. (2009). *Cuidado espiritual: uma abordagem de enfermagem*. Curitiba: Enfermagem, 5 (2). PDF FILE. Disponível em <https://www.scielo.br/ajcc/pdf/ajcc.050209.pdf>

Chen, Y. (2019). *Perceptions of spiritual care among nurses in a tertiary-level hospital*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17), 1-12. <https://doi.org/10.1111/jocn.15211>

Noonan, M., Brennan-Greenwood, K., Adams, S., Chen, E. & Pirooz, E. (2021). Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-rise units and the effect of death anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10738177.2021.1911111>

Volpato, R. J., Braback, M. E., Gonçalves, A. M. de S., Benitez, E. G. L., Volpato, G. T., Lemes, A. G., & Schombaber, T. E. (2020). O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 24. <https://doi.org/10.15911/1647-0213>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação V Congresso Internacional de Enfermagem Médico– Cirúrgica: “E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica?”.

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

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

CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Marisa Henriques Victor, com o documento de identificação n.º 13209164, 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 de 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

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
Instituição de Solidariedade
Internacional sem Lucro

R|S
Associação de Enfermeiros
Especialistas em
Enfermagem Médica e
Cirúrgica

ESN
EUROPEAN SOCIETY OF
NURSES ORGANISATION

HDFP
Hospital District do
Figueira da Foz, E.P.E.

figueira
do foz, para todos



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

ANEXO II – Certificado de Participação IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE”.



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **RITA MARISA HENRIQUES VICTOR**, estudante n.º 192021008, participou no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

ritmarisa@sapo.pt

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Auxiliar

ANEXO III – Certificado de Participação Sessões de Educação para Saúde e no programa Ação Social da Diaverum.



Declaração

Declara-se que a Sra. Enfermeira Rita Vitor dinamizou com grande mérito e excelência 6 sessões de Prevenção e Educação para Saúde alusivas ao tema da doença renal e cuidados relacionados com a mesma em Corporações de Bombeiros, Fundação Liga e Escola Secundária de Linda a Velha durante os meses de Janeiro, Março e Junho de 2022.

Estas ações inscrevem-se no âmbito do Programa de Responsabilidade Social da Diaverum.

Marta Freitas Olim

Responsável pelo Gabinete de Responsabilidade Social

ANEXO IV — Certificado de Participação 18º Encontro Regional APEDT sobre
“Profissionais diferenciados — pessoas capacitadas”.



Certificado

Certifica-se que o Sr. (a)

RITA VICTOR

Participou no 18º Encontro Regional APEDT sobre **“Profissionais diferenciados - doentes capacitados”**, realizado em Aveiro nos dias 9 e 10 de Abril de 2022, com a duração de 10 horas.

Mónica Silva
Presidente do Encontro APEDT

Fernando Vilares
Presidente da APEDT

ANEXO V – Certificado de Participação 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC).

Certificado



Certifica-se que Rita Marisa Henriques Victor, com o cartão de cidadã nº 13209164, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022

Mário João de Carvalho

Mário João de Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Áurea Andrade

Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022



Organização: **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



ANEXO VI – Certificado de Participação 50th EDTNA/ERCA International Conference 2022.



EDTNA/ERCA
European Dialysis and Transplant Nurses Association/
European Renal Care Association

Certificate of Attendance

Hereby we confirm that

Rita Victor

attended the **50th EDTNA/ERCA International Conference**
held in DeDoelen, Rotterdam, the Netherlands
September 10–13, 2022.

September 13, 2022

Ilaria de Barbieri
EDTNA/ERCA President

ANEXO VII – Continuing Nursing Education Certificate.

International Council of Nurses

Continuing Nursing Education Certificate

Presented to

Rita Victor

*Having satisfied all requirements for the successful completion of 10
International Continuing Nursing Education Credits (ICNEC)*



The credits were earned at the

50th EDTNA/ERCA International Conference

Held in Rotterdam, Netherlands

From 10 to 13 September 2022

Conferred by

International Council of Nurses (ICN)

Howard Catton
Chief Executive Officer

15.12.2022

ANEXO VIII – Abstract e-poster “Intradialysis muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment” in the Book of Abstracts 50th EDTNA/ERCA International Conference Rotterdam, The Netherlands, September 10th – 13th 2022.

ID: 103

Intradialysis muscle cramps: nursing interventions for prevention and treatment

R. Victor, M. Costa

Diaverum, Odivelas, Portugal

Background

Muscle Cramps are the most frequent and most feared intradialytic reactions among patients on hemodialysis, since they are characterised by intense pain with repercussions on quality of life and on tolerance and acceptance of dialysis treatment.

Objectives

To identify the nursing interventions and their impact on the prevention and treatment of intradialysis muscle cramps, based on the current scientific evidence.

Methods

International literature review in the following databases: MINDLE, CINAHL, MINDLE, NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION; CONCRANE (through the EBSCO platform, via Order of Nurses), PUBMED, using the descriptors combined with Boolean characters "muscle cramps" AND "hemodialysis" AND "nursing". We also used a focus group in Diaverum Clinic - Odivelas with the presence of Nephrologists and Hemodialysis expert nurses.

Conclusion/Application to practice

Although the etiology of muscle cramps in patients undergoing hemodialysis is not consensual, some common triggers were mentioned: the patient's clinical condition, hydroelectrolytic disorders, hypovolaemia, hypotension, the prescribed dialysis strategy and the composition of the dialysate solution. The following were identified as interdependent nurse interventions: intravenous fluid administration, oral medication and adjustments in the prescription of the dialysis strategy. As for autonomous intervention, stretching, intradialytic massage and intradialytic physical exercise stand out. Teaching and education with family involvement also stand out as a key aspect in the autonomous intervention of the hemodialysis nurse expert.

References

Anes, Eugénia J; Ferreira, Pedro L (2009) Qualidade de vida em diálise - Insuficiência Renal Volume temático 8 – Revista Portuguesa de Saúde Publica <https://www.uc.pt/ctuc/dei/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200901.pdf>

Castro, Manuel Carlos M, (2001) Actualização em diálise: Complicações agudas em hemodiálise – J Bras Nefrol 2001; 23 (2):108-13 https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v23n2a05.pdf

162

[CONTENT / SCIENTIFIC PROGRAMME](#)



50th EDTNA/ERCA International Conference
Rotterdam, The Netherlands, September 10th – 13th 2022
Book of Abstracts

Andrade, A. F. S. M. de, Teles, W. de S., Silva, M. C. da, Torres, R. C., Azevedo, M. V. C., Debbo, A., Silva, M. H. S., Barros, Á. M. M. S., Santos Junior, P. C. C., & Calasans, T. A. S. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: investigação completa. *Research, Society and Development*, 10(11), e522101119890. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19890>

Dias, A. G., Lídia, M., Cabral, S., Brasileiro, M. E., & Borges Cabral, K. (n.d.). Cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico: uma abordagem geral do cuidado e de suas complicações.

Mohmadi, K., Shahgholian, N., Valiani, M., & Mardanparvar, H. (2016). The effect of acupressure on muscle cramps in patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(6), 557–561. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.197684>

Costa, R. H. S., Dantas, A. L. de M., Leite, É. M. D., Lira, A. L. B. de C., Vitor, A. F., & da Silva, R. A. R. (2015). Complications in renal patients during hemodialysis sessions and nursing interventions. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2137–2146. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2137-2146>

Disclosure of Interest

yes

ANEXO IX – Certificado de Participação 2º Congresso Internacional "Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade".



CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Victor participou no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, realizado online no dia 14 de outubro de 2022 com a duração de 8 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO X – Certificado de Participação Encontro de Benchmarking do Colégio da
Especialidade de Enfermagem Médico– Cirúrgica.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RITA MARISA HENRIQUES VICTOR

membro nº **64555** desta Ordem, participou no(a) "**Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica**", realizado de **20 de Outubro de 2022 a 22 de Outubro de 2022**, com duração total de **9 Horas** no(a) **Centro de Congressos do LNEC**.

Lisboa, 22 de Outubro de 2022

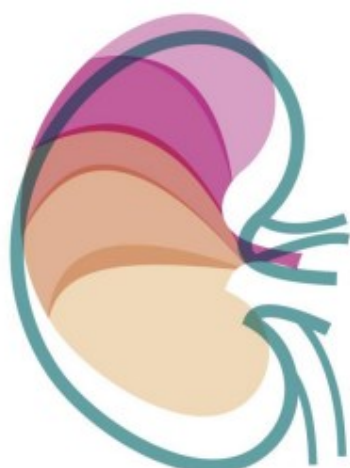
P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,70** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO XI – Certificado de Participação Encontro Renal 2022, XXXVI Congresso
APEDT.



ENCONTRO RENAL

17 - 19 NOVEMBRO 2022
CENTRO DE CONGRESSOS DO ALGARVE

CERTIFICADO

Certifica-se que

Rita Victor

participou no **XXXVI CONGRESSO DA APEDT**
que decorreu nos dias 17, 18 e 19 novembro de 2022
no Centro de Congressos do Algarve.

ANSELMO DE OLIVEIRA MADUREIRA
Presidente do Encontro Renal 2022

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVI
CONGRESSO
PORTUGUÊS
DE NEFROLOGIA



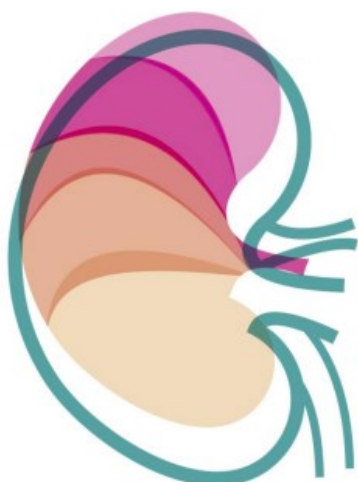
SPNEFRO.PT

XXXVI
CONGRESSO
APEDT



APEDT.PT

ANEXO XII – Certificado de apresentação do Poster “Cãibras intradialíticas: intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento” no Encontro Renal 2022.



ENCONTRO RENAL

17 - 19 NOVEMBRO 2022
CENTRO DE CONGRESSOS DO ALGARVE

CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho

**Caibras intradialíticas: Intervenções de Enfermagem para a
prevenção e tratamento**

elaborado por

Rita Victor (1); Mónica Costa (1);

(1) - Diaverum, Odivelas, Portugal

foi apresentado em formato de poster no

XXXVI Congresso da APEDT,

que decorreu nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2022,
no Centro de Congressos do Algarve.

ANSELMO DE OLIVEIRA MADUREIRA
Presidente do Encontro Renal 2022

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVI
CONGRESSO
PORTUGUÊS
DE NEFROLOGIA



XXXVI
CONGRESSO
APEDT



ANEXO XIII – Certificado de apresentação do Poster “Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping review” no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”.

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Enf.(a) Rita Victor, Ana Barreto, Margarida Cortez, Sara Roseira e Prof. Dra. Lurdes Martins** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 13 com o tema *Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping review* no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

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



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



ANEXO XIV — Certificado de integração na Comissão Organizadora no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema: "Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo".

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Rita Marisa Henriques Victor**, mestranda no 15º curso do Mestrado em Enfermagem, área Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, integrou a Comissão Organizadora do **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO XV – Certificado de conclusão com aproveitamento o curso de formação profissional ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS) da American Heart Association.



Certifica-se que **Rita Marisa Henriques Victor**, nascido(a) em 06/03/1987, com o número de identificação civil ****9164, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 28/01/2023 a 29/01/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2023

O coordenador pedagógico

